





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین  
پایان نامه جهت اخذ دکترای حرفه‌ای پزشکی عمومی

موضوع:

مقایسه کلینیکوپاتولوژیک پولیپ‌های روده بزرگ در  
بیمارستان بوعلی سینای قزوین از سال ۱۳۸۱-۱۳۹۰

استاد راهنما:

دکتر فاطمه حاج منوچهری

استاد مشاور:

دکتر رسول صمیمی

دکتر نوید محمدی

نگارش:

بشیر رسولی

سال تحصیلی: ۹۲-۱۳۹۱

شماره پایان نامه: ۱۰۳۵

بانشکر از راهنمایی های اساتید گرانقدر،

**سرکار خانم دکتر فاطمه حاج منوچهری**

**دکتر رسول صمیمی**

**و دکتر نوید محمدی**

که نظراتشان را دلسوزانه در اختیار من گذاشتند.

تقدیم بہ روح پاک پدرم

و وجود نازنین مادر مہربان و خواہر عزیزم

کہ در طی این مسیر طولانی ہموارہ مشوق من بودند.

از زحمات دوست عزیزم

دکتر رحیمی باغدشتی

صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده
	<b>فصل اول: مقدمه و بیان مسئله</b>
۴	مقدمه و بیان مسئله
	<b>فصل دوم: بررسی متون و مروری بر مقالات</b>
۷	بررسی متون
	<b>فصل سوم: مواد و روش کار</b>
۳۷	اهداف و فرضیات
۳۷	هدف اصلی
۳۷	اهداف فرعی
۳۸	اهداف کاربردی
۳۹	نوع مطالعه
۳۹	جامعه مورد مطالعه
۴۰	جدول متغیرها
۴۱	روش اجرا و طراحی تحقیق
۴۸	محدودیت‌های مطالعه
۴۸	ملاحظات اخلاقی
	<b>فصل چهارم: یافته‌ها</b>
۵۰	یافته‌ها
	<b>فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری</b>
۸۰	بحث
۸۴	نتیجه‌گیری
۸۷	پیشنهادات
۸۸	منابع
۹۲	چکیده لاتین

## فهرست جداول و نمودارها

### صفحه

### عنوان

۵۱	جدول ۱- فراوانی بیماران بر حسب جنس .....
۵۳	جدول ۲- مشخصات دموگرافیک انواع پولیپها بر حسب تعداد بیماران .....
۵۴	جدول ۳- تعداد بیوپسی از روده بزرگ و تعداد بیماران بر حسب سال مطالعه .....
۵۶	جدول ۴- فراوانی پولیپهای کولون بر حسب سائز .....
۵۷	جدول ۵- فراوانی زیر گروه های پولیپهای کولون بر حسب سائز .....
۵۸	جدول ۶- فراوانی پولیپهای کولون بر حسب تعداد پولیپ ها در هر فرد .....
۶۰	جدول ۷- فراوانی پولیپهای کولون بر حسب محل آناتومیک .....
۶۱	جدول ۸- فراوانی زیر گروه های پولیپهای کولون بر حسب محل آناتومیک .....
۶۲	جدول ۹- فراوانی پولیپهای کولون بر حسب گروهها و زیر گروه های هیستولوژیک .....
۶۵	جدول ۱۰- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز بر حسب جنس .....
۶۶	جدول ۱۱- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز بر حسب تعداد پولیپ .....
۶۷	جدول ۱۲- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز کولون بر حسب سائز .....
۶۸	جدول ۱۳- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز کولون بر حسب محل آناتومیک .....
۶۹	جدول ۱۴- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز بر حسب زمینه بیماری .....
۷۰	جدول ۱۵- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز و serrated (مخلوط) بر حسب درجه تغییرات (دیسپلازی) .....
۷۱	جدول ۱۶- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز و serrated (مخلوط) بر حسب زیر گروه هیستولوژیک .....
۷۳	جدول ۱۷- فراوانی پولیپهای کولون بر حسب شکایت و سوابق بالینی بیماران .....
۷۴	جدول ۱۸- فراوانی سائزهای پولیپهای آدنوماتوز بر حسب گرید هیستولوژی .....

- جدول ۱۹- فراوانی سائزهای پولیپهای آدنوماتوز بر حسب درجه دیسپلازی ..... ۷۶
- جدول ۲۰- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز ویلوس و توبولوویلوس بر حسب سائز ..... ۷۷
- جدول ۲۱- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز با دیسپلازی بالا بر حسب سائز ..... ۷۸
- نمودار ۱- توزیع سنی بیماران بر حسب فراوانی ..... ۵۰
- نمودار ۲- میانگین سنی انواع شایعتر پولیپ ..... ۵۱
- نمودار ۳- توزیع جنسی انواع شایعتر پولیپ ..... ۵۲
- نمودار ۴- توزیع سنی پولیپهای آدنوماتوز بر حسب فراوانی ..... ۶۴



## چکیده

**زمینه و هدف:** پولیپ به هر گونه برجستگی موضعی از سطح مخاط گفته می شود. پولیپ های روده ای اکثراً از نوع التهابی، هامارتومی و اپی تلیالی هستند. ارتباط مشخصی بین انواع پولیپ ها و ایجاد کنسر کولون وجود دارد. هدف از این مطالعه، تعیین ویژگیهای کلینیکوپاتولوژیکی تمام انواع پولیپ های روده بزرگ، تعیین فراوانی انواع مختلف آنها از جمله پولیپ های با خطر بالا برای تبدیل شدن به سرطان و همچنین سندرم های پولیپوز و بررسی پارامترهای دخیل در بدخیمی پولیپهای آدنوماتوز در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی سینای قزوین (از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۰) بود.

**روش بررسی:** کلیه گزارشات پاتولوژی در بیمارستان بوعلی سینای قزوین طی سال های ۸۱ تا ۹۰ مورد بررسی قرار گرفتند. در نمونه برداری هایی که مربوط به روده بزرگ بوده آنهایی که در تشخیص نامی از ضایعات پولیپی قید شده بود وارد مطالعه شدند بطور همزمان گزارش های کلونوسکوپی و فرم درخواست مربوطه نیز مطالعه شدند. اهداف مورد نظر استخراج شده و نتایج و یافته ها توسط نرم افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** در این مطالعه تعداد کل کیس ها طی ۱۰ سال مطالعه ۳۵۲ مورد بوده و در کل ۳۸۹ پولیپ در این تعداد بیمار بیوپسی شده بود. از ۳۵۲ مورد ۱۹۹ مورد (۵۶/۵ درصد) مذکر و ۱۵۳ مورد (۴۳/۵ درصد) مؤنث بودند. بیشترین تعداد پولیپ در سیگموئید (۱۵۳ عدد - ۳۹/۳ درصد) بود. بیشترین فراوانی مربوط به پولیپ های اپی تلیالی بود (با ۳۱۲ مورد - ۸۰/۲ درصد) که از این تعداد ۲۵۰ مورد از نوع آدنوماتوز (۸۰/۴ درصد) و ۱۱ مورد (۳/۵۲ درصد) از نوع serrated (مخلوط آدنوماتوز و هایپرپلاستیک) بودند که بیشترین خطر را برای بدخیمی دارند. در پولیپ های آدنوماتوز با توجه به فاکتورهایی که بعنوان عوامل با افزایش خطر بیشتر در نظر گرفته می شوند: تعداد ۱۲۵ مورد (۵۰ درصد) سائز بالای ۱۰mm (۱cm) داشتند. ۳۲

مورد (۱۲/۲ درصد) از نوع ویلوس ، ۳۸ مورد توبولوویلوس (۱۴/۶ درصد) و ۳۳ مورد (۱۳/۷ درصد) درجه دیسپلازی شدید (High grade) داشتند. و از جمع بندی همه ی فاکتور های دخیل در پیشرفته بودن پولیپها مجموعاً ما ۱۵۴ پولیپ آدنوماتوز Advanced داشتیم (۶۱/۴ درصد کل آدنوماتوزها)

**نتیجه گیری:** با توجه به اهمیت این مطالعه و اینکه شناخت و بررسی کلینیکوپاتولوژی پولیپ های روده بزرگ وبخصوص انواع مهمتر انها از جمله آدنوماتوزها که زمینه ساز سرطان کولون هستند، می تواند گامی موثر در شناسایی و پیشگیری از سرطان کولورکتال باشد و با نظر به اینکه فراوانی پولیپ های آدنوماتوز Advanced (پیشرفته) در مطالعه ما بیشتر از مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر (بویژه کشورهای توسعه یافته ) بوده، ( که این مسئله میتواند به دلیل تاخیر در مراجعه بیماران برای انجام کلونوسکوپی باشد ) برنامه های غربالگری بهتر برای شناسائی زودرس پولیپها می تواند منجر به تشخیص زودهنگام این دسته از پولیپها شده و از تبدیل آنها به سرطان کولورکتال جلوگیری کند.

**کلمات کلیدی:** پولیپ - روده بزرگ - سرطان کولورکتال - کلینیکوپاتولوژی

# فصل اول:

## مقدمه و بیان مسأله

## مقدمه و بیان مسئله

پولیپ به هر گونه برجستگی موضعی از سطح مخاط گفته می‌شود. اکثریت پولیپ‌های کولورکتال التهابی، هامارتومی و اپی‌تلیالی هستند. اما انواع دیگری مثل مزانشیمی، از منشاء بافت‌های هماتوپوئیتیک خوش خیم یا بدخیم، متاستاتیک و غیره هم می‌توانند به شکل پولیپ تظاهر پیدا کنند. نسبت انواع مختلف پولیپ بستگی به جمعیتی دارد که تحت آندوسکوپی قرار می‌گیرند و این که در جمعیت چقدر ریسک فاکتورهای ایجاد پولیپ وجود دارند.<sup>(۱)</sup> ارتباط مشخصی بین انواع پولیپ‌ها و ایجاد کانسر کولون وجود دارد. حتی در فرم‌های هامارتومی هم این ارتباط دیده شده است. بطور مثال اگرچه فرم تک گیر پولیپ جوانان ارتباطی با کانسر ندارد ولی انواع متعدد آن ۳۰ تا ۶۸ درصد ریسک کانسر را افزایش می‌دهد. در برخی دیگر از انواع دیگر پولیپ مثل پوتز-جگرز شانس بدخیمی محدود به کولون نبوده و ریسک سرطان‌های پانکراس و معده نیز افزایش می‌یابد. در مورد پولیپ‌های آدنوماتوز نیز این افزایش ریسک وجود دارد. بطوری که امروزه استفاده از کلونوسکوپی کامل باید جایگزین تست‌های OB (خون مخفی در مدفوع)، باریم انما و رکتوسیگموئیدوسکوپی شود تا امکان غربالگری حداکثری افزایش یابد و بر این اساس کلونوسکوپی در افراد عادی از سن ۵۰ سالگی به بعد و ۱۰ سال زودتر در افرادی که یکی از اعضاء خانواده‌شان مبتلا به کانسر بوده و تکرار آن هر ۱ تا ۱۰ سال یکبار بسته به نتایج اولین کلونوسکوپی توصیه می‌شود.

در مورد پولیپ‌های آدنوماتوز چند معیار به عنوان عامل با افزایش خطر بیشتر در نظر گرفته می‌شود:

۱- ساینز بیشتر از ۱۰mm یا ۱cm

۲- وجود جزء ویلوس یا توبولوویلوس

۳- درجه دیسپلازی شدید.

با این حال در موارد تک گیر اگر پولیپ‌های آدنوماتوز تبدیل به آدنوکارسینوم شوند، چنانچه در مراحل اولیه خارج شوند و نشانه‌ای از تهاجم به بافت زیرمخاطی نداشته باشد، ریسک متاستاز تقریباً صفر است. در مقابل فرم فامیلیال آن با میانگین سنی ۲۵ تا ۴۰ با ریسک ۱۰۰ درصد بدخیم شدن همراه است. مورد دیگر بروز ضایعات دیس پلاستیک و پولیپوئید در بیماران دچار IBD (بیماری التهابی روده) است که پدیده ناشایعی نیست. این مسأله از این جهت اهمیتش بیشتر می‌شود که بایستی آدنوم اسپورادیک را که می‌تواند در هر شخصی از جمله افراد مبتلا به IBD رخ دهد، از تغییرات دیس پلاستیک در زمینه IBD افتراق دهیم. چرا که مورد اول را می‌توان با یک برداشت ساده‌ی پولیپ درمان کرد ولی مورد دوم می‌تواند اندیکاسیونی برای کولکتومی باشد. (۱)

ما در این مطالعه قصد داریم با توجه به اطلاعات درج شده در گزارشات پاتولوژی بیمارستان بوعلی سینا قزوین در محدوده زمانی ۱۰ ساله ی ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۰ یافته‌های مربوط به کلینیکوپاتولوژی پولیپ‌های روده بزرگ را استخراج نموده و پس از تجزیه و تحلیل آنها و مشخص کردن درصد انواع پولیپ‌ها و پارامترهای مربوط به آنان، همچنین تعیین فراوانی سندرم‌های پولیپوزیس و انواع آن به نتایج کاربردی در مورد پولیپ‌های کولون برسیم که همان طور که ذکر شد، بسیاری از آنها زمینه‌ساز سرطان کولون (آدنوکارسینوم) هستند.

نتایج پژوهش ما می‌تواند گامی در راه شناسایی سرطان کولورکتال که یکی از سرطان‌های شایع در ایران است باشد و در برنامه‌ریزی‌های غربالگری سرطان مورد استفاده قرار گیرد.

## فصل دوم:

### بررسی متون و مروری بر مقالات

## بررسی متون

کanser کولون سومین kanser شایع و علت مهم مرگ و میر در کشورهای غربی هست (۲). kanser کولورکتال (Colorectal Cancer) (CRC) در اکثر کشورهای صنعتی یک بار سنگین بر دوش سلامت عمومی است و شایعترین علت مرگ ناشی از kanser در دنیاست (۳).

CRC سومین تومور شایع در زنان ایرانی و پنجمین در مردان است و انسیدانس آن در طی ۲۵ سال اخیر افزایش یافته است (۴).

سورویوال ۵ ساله در stage I kanser کولون و رکتوم ۹۳ درصد و ۹۲ درصد است در حالیکه در ضایعات پیشرفته سورویوال شدت کاهش می یابد (۵).

مراحل اولیه kanser کولورکتال اغلب درمان پذیر است در حالیکه ضایعات پیشرفته احتمال کمتری برای درمان دارد (۶).

اکثر CRC ها از پولیپ های آدنومی برمی خیزند و پولیپ های آدنومی در همان جمعیت های که kanser کولورکتال در آنها شایعتر است شیوع بیشتری دارند.

البته پدیده آدنوم-کارسینوم حداقل ۱۰ سال طول میکشد که رخ دهد

گرچه فایده برداشت پولیپ های کوچک مشخص نشده است ولی مطالعات ملی متعدد در آمریکا نشان داده که برداشت آدنوم ها باعث کاهش ۷۶-۹۰ درصدی کاهش بروز CRC نسبت به جمعیت مقایسه ای میشود (۷).

مطالب فوق الذکر اهمیت این مطالعه را نشان میدهد.

اصطلاح پولیپ به هر گونه توده و یا برجستگی که از سطح مخاطی روده ها به داخل مجرای روده رشد و نمو پیدا کرده اطلاق می شود.

اگرچه پولیپ ها بطور پراکنده در هردو جنس و در هر سنی دیده می شوند ولی پیدایش بعضی پولیپ ها ارثی و خانوادگی بوده و در حالتی به نام سندرم پولیپوز فامیلیال طبقه بندی می شوند که دارای اهمیت تشخیصی درمانی زیادی در خانواده های مبتلا می باشد.

اکثر پولیپ ها را می توان در یکی از دسته های التهابی، هامارتومی و یا اپی تلیالی طبقه بندی کرد. (۲) سهم هر کدام از این انواع به جمعیتی که تحت بررسی قرار می گیرند و نیز روش بررسی (سیگموئید سکوپ) در مقابل کولونوسکوپ (کامل)، بستگی دارد.

در یک مطالعه بزرگ بر روی ۱۰۵۰ پولیپ کولون: ۸۲ درصد پولیپ ها آدنوماتوز، ۱۲ درصد هیپرپلاستیک، ۳ درصد التهابی و ۱/۵ درصد مرانیشمی بودند. (۱)

### پولیپ های التهابی

پولیپ های غیرنئوپلاستیک هستند و از اجزاء استرومایی و اپی تلیایی به همراه سلول های التهابی تشکیل یافته اند که شامل: پولیپ کاذب (مرتبط یا غیر مرتبط با IBD) و پولیپ التهابی نوع پرولاپسی می باشد.

### پولیپ کاذب:

در پاسخ به التهاب موضعی یا منتشر مثل بیماری کرون یا کولیت اولسرو و نیز مواردی مثل کولیت ایسکمیک و انتروکولیت نکروزان نوزادان، کولیت های عفونی ایجاد شده و معمولاً "در لبه زخم مخاطی یا آناستوموز مخاطی دیده می شوند. پاتوژن آن به این صورت است که زخم مخاطی منجر به التهاب و هیپرپلازی رژنراتیو زخم شده و در نتیجه برجستگی مخاطی ایجاد می شود.



ویژگی های پولیپ: با پایه یا پایه دار ، اکثرا زیر ۲ سانتی مترو البته گاهی به سائز بسیار بزرگ می تواند برسد. نوع فیلی فرم آن می تواند چندین سانتی متر از سطح برجسته شود. که فرم اخیر معمولا "در IBD و بعضا" در پولیپوز جوانان دیده می شود.

هیستولوژی: برخی از آنها کاملا "یا تقریبا بطور کامل از نسج گرانولاسیون تشکیل یافته اند. ولی اکثر آنها مخلوطی از لامیناپروپریایی ملتهب با اجزاء اپی تللیال کولونی بهم ریخته اند. تغییرات دیس پلاستیک هم می تواند روی این پولیپ ها اضافه شود خصوصا اگر در زمینه IBD باشد.

### پولیپ التهابی : Prolapse-Type

این پولیپ ها در زمینه یک مشکل موضعی مخاط که باعث کشیدگی و چرخیدن مخاط میشود و در اثر ترومای ناشی از پریتالیتسم روده است ایجاد می شوند. این تروما منجر به پیچ خوردن عروق خونی، آسیب بافتی و ایسکمی موضعی و به دنبال آن فیروز لامیناپروپریا می شود. بسته به محل ایجاد آن به نام های پولیپ التهابی کواکوژنیک (ناحیه ترانزیشنال آنال) ، پولیپ های التهابی cap یا پولیپ های همراه با دیورتیکول خوانده می شود. هم چنین انواعی که ناشی از پرولاپس مخاطی می باشد پولیپ های التهابی ناشی از پرولاپس گفته می شود.

ویژگی های بافتی:

۱- درجات مختلفی از هیپرپلازی فیروماسکولار لامیناپروپریا

۲- ضخیم شدگی، چند بخشی شدن و گسترش افقی ماسکولاریس موکوزا در لامیناپروپریا

۳- غیر طبیعی بودن کریپت ها (کشیدگی، هیپرپلازی، بهم ریختگی ساختمان و مضرس شدن)

۴- درجات متغیری از التهاب ، زخم و تغییرات رژنراتیو اپی تللیالی (۱)

### پولیپ های هامارتومی:

پولیپهای هامارتومی در اثر ازدیاد رشد سلول ها و بافت های بومی آن ناحیه ایجاد می شوند و در روده این اجزاء اپی تلیالی و استرومایی هستند. معمولاً منفرد هستند ولی گاهی متعدد (پولیپوز جوانان و سندرم Cowden) میباشند.

به ۵ فرم دیده می شوند:

۱- ایزوله یا اسپورادیک

۲- فرم شیرخواران (سندرم پولیپوز جوانان) (Juvenile Polyposis syndrome) یا JPS

۳- پولیپوز محدود به کولون (Juvenile polyposis coli) (JPC)

۴- Jps ژنرالیزه (درگیری معده، روده باریک و کولون)

۵- سندرم پوتز- جگرز (PJS)

### فرم اسپورادیک

شایعترین فرم در دهه اول است و در ۲ درصد جمعیت کودکان دیده می شود اما در بالغین هم می تواند دیده شود. میانگین سنی در یک مطالعه ۵/۹ سال بوده. در کودکان شکایت بالینی خونریزی رکتال دردناک یا پرولاپس پولیپ از رکتوم است. در بالغین اگر شکایتی باشد معمولاً خونریزی رکتال است. (۱)

### سندرم پولیپوز جوانان (JPS)

شایعترین فرم پولیپوز هامارتومی دستگاه گوارش (GI) است. (۹)

شک به این سندرم در موارد:

۱- هر تعداد از پولیپ در زمینه فامیلی Jps

۲- پولیپوزی که کل GI را درگیر کند.

۳- وجود ۳ یا بیشتر پولیپ در کولون یا رکتوم روده جوانان ( در مطالعات مختلف عدد ۳-۱۰ ذکر شده است). (۱۰)

بیشتر پولیپ های Juvenile خوش خیم هستند اگرچه که بدخیمی هم می تواند اتفاق بیافتد ریسک تبدیل شدن این پولیپ ها به کانسره های دستگاه گوارش یک محدوده حدود ۹ تا ۵۰ درصدی است. (۱۱)

### یافته های پاتولوژیک:

در فرم ایزوله درگیری رکتوسیگموئید (۵۴درصد) شایعتر است و در ۳۷درصد موارد محل درگیری پروکزیمال خم طحالی است در JPC (پولیپوز محدود به کولون) شایعترین محل رکتوسیگموئید بوده و تعداد پولیپها به ۲۰۰ عدد ممکن است برسد.

افراد مبتلا می توانند با علائم خونریزی از رکتوم، درد شکم، اسهال و یا آنمی مراجعه کنند.

۲ ژن مرتبط با این سندرم SMAD4 و BMPR1 هستند. همچنین جهش هایی در ژن PTEN هم می تواند علت JPS باشد. (۹)

در فرم کلاسیک پولیپ جوانان که بیشتر در حالت ایزوله آن دیده می شود پولیپ تک لوبوله با کناره های گرد و صاف است و از نظر هیستولوژیک مشخصه آن کریپت های پر پیچ و خم، گشاد و کیستیک است که با نوتروفیل و موکوس غلیظ پر شده اند. (نام قدیمی آن پولیپ احتباسی یا retention بوده)

فرم اسپورادیک با افزایش ریسک بدخیمی همراه نیست بنابراین نیازی به فالوآپ ندارد. در مقابل در فرم Jps این ریسک وجود دارد (هم در upper و هم در GI lower) که تا ۵۵درصد گزارش شده است (۱۱).

### سندرم پوتز جگرز (PJS)

سندرم اتوزومال غالب است که با پیگمانتاسیون پوستی مخاطی ، پولیپ های هامارتومی روده باریک ، کولون و معده و افزایش ریسک بدخیمی های خارج روده ای روده مشخص می شود.(۱۲)

انسیدانس آن ۱/50,000 تا 1/200,000 در هر تولد گزارش شده است. (۱۳). در یک مطالعه سن میانگین در زمان بروز علائم ۱۸ سال و محدوده آن ۲ تا ۶۲ بوده است.(۱)

یافته های پاتولوژیک: در هر جای GI این پولیپ ها می تواند دیده شود ۶۵-۹۵ درصد در روده ، ۶۰ درصد کولون و ۲ تا ۵ درصد در معده گزارش شده است . در محل درگیری تعداد پولیپ از ۱ تا ۲۰ و اندازه از ۰/۵ تا ۳ سانتی متر بوده و اکثرا پایه دار هستند. از نظر میکروسکوپی مهمترین ویژگی وجود عضله صاف با نمای شاخه شاخه شدن درختی است که از عضله صاف زیرین مشتق شده است . اپی تلیوم سطح پولیپ معمولا از سلول های اپی تلیال نرمال آن منطقه تشکیل می شود. در پولیپ های کولون معمولا نواحی از هیپرپلازی دیده می شود ولی دیس پلازی معمول نیست. با این حال اپی تلیوم غیر دیس پلاستیک نیز ماهیت کلنال دارد. تغییرات مولکولی و هیستولوژیک در این پولیپ با سکانس هامارتوم /آدنوم (دیس پلازی) /کارسینوم رخ داده و نهایتا "کانسر می تواند ایجاد شود که معمولا در زمینه PJS فامیلیال رخ می دهد (فقط ۱ مورد کارسینوم در زمینه غیرسندرمی گزارش شده است ).(۱۴)

کرایترای اصلی برای تشخیص عبارتند از:

۱- سابقه خانوادگی

۲- ضایعات موکو کوتانئوس که به صورت Patch های هایپرپیگمانته در دهان و دست ها و پاها دیده

می شوند.

۳- پولیپ های هامارتوموز در دستگاه گوارش : آنها اغلب خوش خیم بوده به همراه پتانسیل فوق العاده

اندک برای بدخیمی.

داشتن ۲ یا ۳ مورد از موارد فوق برای تشخیص کافیست.

یافته های دهانی می توانند همراه با موارد دیگری مثل بیماری آدیسون و سندرم مک کان- آلبرایت دیده

شوند و این باید در تشخیص های افتراقی لحاظ شود. (۱۲)

۹۰ تا ۱۰۰ درصد بیماران با تشخیص کلینیکی PJS، جهش در ژن STK11/CKB1 دارند. (۱۵)

خونریزی گوارشی و درد شکمی به علت اینتوساسپشن یا انسداد روده در پولیپ های بزرگ، علائم بالینی

شایع هستند. علامت دیگر پرولاپس پولیپ از رکتوم است. (۸)

عوارض نئوپلاستیک آن افزایش نئوپلاسم های روده ای و خارج روده ای مثل: بدخیمی معده

است. کولونوسکوپی هر ۲-۳ سال یکبار با شروع از ۱۸ سالگی توصیه می شود.

### پولیپ های اپی تلای:

پولیپ هایپرپلاستیک /مضرس Hyperplastic -serrated

پولیپ هایپرپلاستیک شایعترین پولیپ کولون است. قبلاً "بعنوان پولیپ غیر نئوپلاستیک بدون وجود پتانسیل

بدخیمی طبقه بندی می شد اما امروزه برخی از انواع آن امکان پیشرفت به سمت بدخیمی را دارند. این

ریسک به سبب موقعیت و تعداد این پولیپ ها بستگی دارد و بطور کلی پولیپ های سمت چپ پتانسیل

کمتری نسبت به پولیپ های بزرگ سمت راست برای بدخیمی دارند.

این گروه از پولیپها را براساس وجود یا عدم وجود دیس پلازی به دو گروه تقسیم بندی می کنند. در گروه

غیر دیس پلاستیک انواع زیر وجود دارند:

### پولیپ هیپرپلاستیک:

این ها همان فرم سنتی پولیپ های مضرس هستند که ساختمان مشابهی با بافت نرمال دارند، اندازه کوچک داشته و در افراد بالغ دیده می شوند خصوصا "در رکتوم و در ۹۰ درصد موارد در سمت چپ هستند. با افزایش سن بروز آنها بیشتر می شود. ۳۵ درصد افراد بدون علامت بالای ۵۰ سال این پولیپ ها را دارند. در اندوسکوپی، بدون پایه کوچک و بشکل ندول یا برآمدگی صاف کمرنگ بوده و با دمیدن هوا مسطح می شوند. ولی در بعضی موارد نمی توان براساس ظاهر آنها را از پولیپ آدنومی افتراق داد. براساس مورفولوژی به ۳ دسته: میکروزیکولار، سلول گابلت و نوع فقیر از موسین طبقه بندی می شوند. اندازه کمتر از 0.5 cm داشته و ساختمان کریپتی آنها حفظ می شود. نوع میکروزیکولار شایعترین است و بعنوان فرم تیپیک پولیپ هیپرپلاستیک شناخته می شود. خصوصا " این نوع از پولیپ های هیپرپلاستیک بندرت به کارسینوم تبدیل می شوند. مشخصه کلی پولیپ های هیپرپلاستیک نمای بالغ سلول ها و نمای دنداناره ای یا مضرس لومن به علت ازدیاد سلولی است.

در نوع میکروزیکولار: سلول های موسینی زیاد و سلول های گابلت کم است. نوع گابلت سل: دومین فرم شایع پولیپ هیپرپلاستیک است. در کولون چپ شایعتر است. از کریپت های کشیده با گابلت سل فراوان تشکیل یافته است.

نوع فقیر از موسین: کمترین شیوع را دارد. سیتوپلاسم سلول ها اندک است سلول های گابلت وجود ندارد و هسته های هیپرکروم دیده می شوند از ویژگیهای آن التهاب در لامینا پروپریا است. (۱۷)

### پولیپ مضرس بدون پایه

برخلاف پولیپ های هیپرپلاستیک سمت چپ این پولیپ های مضرس اکثرا " در سمت راست بوده و اکثرا سائز بزرگی دارند ( $< 0.5 \text{ cm}$ ) بدون پایه بوده و ابهرمالیتی های ساختمانی و مولکولی را نشان می دهند. در

آندوسکوپی سطح صاف داشته و معمولاً "از موسین پوشیده شده است. نام های که قبلاً" به این پولیپ ها داده شده است: آدنوم مضرس بدون پایه ، پولیپ هیپر پلاستیک آتیکال، پولیپ هیپر پلاستیک بزرگ، پولیپ هیپر پلاستیک با تغییرات ساختاری، پولیپ هیپر پلاستیک با بلوغ غیر عادی و پولیپ هیپر پلاستیک باتکثیر غیر عادی است.

نمای میکروسکوپی: مشخصات این نوع پولیپ وجود دیلاتاسیون کریپت، نامنظمی کریپت (کریپت های افقی)، مضرس شدن شدید و مشخص در قسمت تحتانی ( و فوقانی) کریپت ، میتوز در قسمت فوقانی کریپت ، هسته وزیکولار در قسمت فوقانی کریپت ، کاهش لامینا پروپریا بین کریپت ها، اپتیلیوم با ازدیاد موسین و گاهی رشد معکوس است . قسمت قاعده کریپت ها معمولاً "منشعب و نمای فلاسک مانند دارد. اگر شدت آتپیی سلولی زیاد باشد به آنها پولیپ مضرس دیس پلاستیک (آدنوم) گفته می شود. (۱)

گروه دیس پلاستیک هم شامل موارد زیر می شود:

#### پولیپ مضرس دیس پلاستیک (آدنومی)

قبلاً" به این نوع پولیپ های مخلوط هیپر پلاستیک / دیس پلاستیک می گفتند اما این پولیپ ها مخلوط دو نوع پولیپ نیستند بلکه تغییرات دیس پلاستیک روی یک پولیپ مضرس اضافه شده است و نمای پولیپ هیپر پلاستیک میکروزیکولار و یا پولیپ مضرس راهمراه با نواحی با تغییر دیس پلاستیک نشان می دهند. شانس بدخیمی در این پولیپ ها به طور کامل مشخص نیست ولی به هر حال بستگی به سائز و موقعیت دارد و در برخی مطالعات شانس آن را مشابه آدنوم توبولر می دانند. (۱)

#### آدنوم مضرس

فرم سنتی آن ناشایع است و ۱-۲ درصد پولیپ های کولون رادر اکثر مطالعات تشکیل می دهد. بیشتر در زنان و کولون چپ دیده شده میانگین سنی ۶۰-۶۵ است. از نظر آندوسکوپی اکثرا " پایه دار هستند و در پولیپوز هیپرپلاستیک شایع ترند.

نمای مورفولوژیک: معمولا پایه دار هستند و ممکن است نمای فیلی فورم داشته باشند. (۱)

#### سندرم پولیپوز هیپرپلاستیک (HPS)

عارضه ای نادر است گرچه فرم های فامیلیال گزارش شده اما نحوه توارث مشخص نیست. در زن و مرد مساوی است. حتی در کودکان گزارش شده است. حداقل دو نوع از آن وجود دارد: نوع اول که از پولیپ های هیپرپلاستیک میکروزیکلار یا گابلت سل تشکیل شده که ریسک بدخیمی کمی دارند. و نوع دوم: پولیپوز آدنوماتوز مضرس است که با پولیپ های بدون پایه همراه است که ریسک قابل ملاحظه ای برای بدخیمی دارد.

معیارهای تشخیصی برای پولیپوز هیپرپلاستیک: ۱- حداقل ۵ پولیپ هیپرپلاستیک که بوسیله پاتولوژی اثبات شده، وجود داشته باشد که پروگزیمال به سیگموئید بوده و حداقل ۲ تا آن از 10 mm بزرگتر باشد. ۲- هر تعداد پولیپ هیپرپلاستیک که پروکزیمال به سیگموئید باشد در فردی که وابسته درجه یک او مبتلا به پولیپوز هیپرپلاستیک است.

۳- بیش از ۳۰ پولیپ هیپرپلاستیک با هر سائز و در هر جای کولون

سیر بالینی پولیپوز هیپرپلاستیک: تقریبا ۱/۳ موارد با آدنوکارسینوم همراه هستند و اگرچه همانطور که ذکر شد پولیپ های هایپرپلاستیک پتانسیل بدخیمی ندارند ولی نشان داده شده که HPS هایی که در سمت



راست کولون (کولون صعودی) قرار دارند پتانسیل بدخیمی را بروز داده اند که این اتفاق در اثر جهش هایست که در DNA رخ می دهد.(۱۴)

#### پولیپ های آدنومی

اکثر بیماران با خونریزی رکتال واضح یا مخفی پرزائنه می شوند. پولیپ های بزرگ منجر به فقر آهن می شوند اهمیت آن بعلا پتانسیل مشخص شده آنها برای بدخیمی است.

شیوع آنها با افزایش سن افزایش میابد در دهه پنجم تقریباً ۱۲ درصد افراد آدنوم دارند که ۲۵ درصد آنها جزء گروه High risk قرار می گیرد. بعد از ۵۰ سالگی میزان آن افزایش می یابد تا به حد ۵۰ درصد از جمعیت در کشورهای غربی با ریسک بالا مثل آمریکای رسد. عوامل فردی برای بروز آدنوم تحت تاثیر سابقه فامیلی و فاکتورهای تغذیه ای است.

پولیپ های آدنومی را به انواع (توبولار، توبولوویلوس و ویلوس) و نیز انواع (مضرس، مسطح) میتوان طبقه بندی کرد.

#### نماهای پاتولوژیک

بطور کلی نوع ویلوس موقعی گفته می شود که حداقل ۷۵ درصد حجم پولیپ ساختار ویلوس داشته باشد و جزء توبولر کمتر از ۲۵ درصد باشد. نوع توبولوویلوس موقعی گفته می شود که ۲۵ تا ۷۵ درصد پولیپ ویلوس باشد و نوع توبولر موقعی است که جزء ویلوس کمتر از ۲۵ درصد باشد.

نمای ویلوس با افزایش سائز پولیپ (آدنوم) افزایش می یابد. فرم های ویلوس در بررسی های کلینیکی بعنوان حالت پیشرفته در نظر گرفته می شود.

از نظر میکروسکوپی همه آدنوم ها حداقل درجه خفیفی از دیس پلازی را دارند . این دیس پلازی به نوع

low (شامل خفیف و متوسط ) و High (شدید شامل کارسینوم درجا Insitu) طبقه بندی می شود.

براساس ویژگی های سیتولوژیک و ساختاری اگر تهاجم به مخاط یا عضله مخاطی وجود داشته باشد اما از

آن فراتر نرود به آن آدنوکارسینوم داخل مخاطی Intramucosal گفته می شود .اما اگر به ساقه زیر

مخاطی تهاجم وجود داشته باشد به آن کارسینوم مهاجم Invasive گفته می شود.

Low grade dysplasia: کریپت ها حالت کمپلکس ندارند ،هسته نمای مطبق کاذب یا مطبق نسبی دارد

بطوریکه هسته فقط به نیمه تحتانی سیتوپلاسم میرسد.می تواند میتوز فراوان باشد اما میتوز آتیپیک ( از دست

دادن پلاریته و پلئومورفیسم) اگر باشند اندک هستند. ترتیب قرارگیری کریپت ها به گونه ای است که

موازی یگدیگر بوده و حالت پشت به پشت ، غربالی یا جوانه زندهای کمپلکس را ندارند.

High grade dysplasia:نمای مطبق کاذب شدید یا مطبق شدید، هسته سلول ها به سمت نیمه لومینال

کریپت ادامه یافته است، پلئومورفیسم شدید، میتوز فراوان ، میتوز آتیپیک و از دست دادن شدید پلاریته

وجود دارد. از نظر ساختمانی غدد شکل پشت به پشت دارند و نمای غربالی Cribriform دیده می شود. با

پیشرفت دیس پلازی غدد نامنظم تر و پیچیده تر می شود و هسته سلول ها کروماتین بازتری پیدا کرده و

هستک های برجسته دیده می شود. N/C(نسبت هسته به سیتوپلاسم ) افزایش یافته و پلاریته از دست

می رود.بنابراین کارسینوم درجا که همین خصوصیات اخیر را شامل می دهد در گروه High grade جا

می گیرد.

#### کارسینوم داخل مخاطی

وجود سلول های تک، تکثیر غدد کوچک ، دسموپلازی ، وجود تعداد زیادی غدد پشت به پشت با نمای

غربالی در داخل مخاط به عنوان آدنوکارسینوم داخل مخاطی تعریف میشود.

مطالعات زیادی نشان داده که دیس پلازی درجه بالا یا حتی آدنوکارسینوم داخل مخاطی پتانسیل بدخیمی ندارد و اگر ضایعه با مارژین های کافی برداشته شود کافی است بنابراین درمان پولیپکتومی کفایت می کند. با این حال توصیه می شود که دیس پلازی با درجه بالا بعنوان ضایعات پیشرفته (Advanced) در نظر گرفته شود تا پزشک فواصل نظارت بر بیماران را کمتر کند. ضایعات Advanced به موارد زیر گفته می شود:

۱- سایز بزرگتر از 1cm

۲- وجود ساختار ویلوس یا توبولوویلوس

۳- درجه دیس پلازی بالا

تغییرات سلولی و ساختاری مثل التهاب، متاپلازی سلول پانت، یا آندوکراین، متاپلازی سنگفرشی و تشکیل کیست می تواند در پولیپ دیده شود ولی وجود دسموپلازی بسیار نادر است و در صورت مشاهده باید ظن قوی به تهاجم زیر مخاطی کرد. (۱)

سیر طبیعی: در حال حاضر بهترین پیش بینی کننده بدخیمی در آدنوم در زمان بیوپسی سایز آن است.

رابطه بین سایز و نوع پولیپ ادنومی با ریسک بدخیمی بصورت زیر است:

۱- نوع پولیپ:

a. آدنوماتوز توبولار: ۵ درصد ریسک بدخیمی

b. آدنوماتوز توبولوویوس: ۲۰ درصد ریسک بدخیمی

c. آدنوم ویلوس: ۴۰ درصد ریسک بدخیمی دارند.

۲- اندازه ی پولیپ:

a. کمتر از ۱cm: کمتر از یک درصد ریسک بدخیمی

b. ۱-۲Cm : ۵ درصد ریسک بدخیمی

c. بالای ۲Cm : ۱۰ تا ۲۰ درصد ریسک بدخیمی (۱۸)

## درمان و نظارت

درمان مناسب بدون در نظر گرفتن نوع، سایز و درجه دیس پلازی، برداشت کامل و تأیید منفی بودن مارژین مخاطی و عمق ساقه (Stalk) آن است.

با وجود اینکه اکثر آدنوم ها دیستال به خم طحالی هستند تا ۴۰ درصد آنها در پروگزیمال کولون هستند. بنابراین کولونوسکوپی جایگزین روش های قبلی مثل سیگموئیدسکوپی، تست خون مخفی در مدفوع و باریم انما شده است و امروزه استفاده از کولونوسکوپی در سن ۵۰ سالگی و ۱۰ سال جلوتر در صورت وجود سابقه کانسر در بستگان درجه یک توصیه می شود و سپس هر ۱-۱۰ سال بسته به یافته های اولیه و سابقه خانوادگی این مسئله ادامه یابد. (۱)

## نکات کلیدی در گزارش:

حتی آدنوم های با دیس پلازی درجه پائین که حاوی بافت آدنومی در حاشیه کوتر شده هستند باید برداشته شوند یا پیگیری شوند و آدنوم های پیشرفته (سایز بیش از 1cm، نوع ویلوس یا توبولوویلوس و دیس پلازی شدید) به نظارت بیشتری نیاز دارند. باید توجه داشت که آدنوم پیشرفته اندیکاسیون کولکتومی نیست و حتی این ضایعات ریسک متاستاز ندارند. در صورت وجود آدنوکارسینوم داخل مخاطی این جزء نیز باید گزارش شود. توصیه ما این است که وقتی عبارت آدنوکارسینوم داخل مخاطی به کار برده شود که تهاجمی در ساقه پولیپ وجود نداشته نباشد. چرا که در صورت وجود تهاجم در ساقه پولیپ باید تشخیص کانسر

مهاجم را داد و نه کارسینوم داخل مخاطی. همچنین باید وضعیت حاشیه های برداشت شده و کفایت نمونه برداشته شده برای این بررسی مشخص شود تا نیاز برای درمان های بیشتر معلوم شود که این مسئله در اکثر موارد با برداشت کامل پولیپ امکانپذیر است. ریسک واقعی متاستاز در آدنوکارسینوم داخل مخاطی صفر است.

آدنوم توبولر کوچک و diminutive معمولا بطور کامل برداشت می شود و امکان بررسی مارژین های کوتر شده وجود ندارد. در مقابل بررسی مارژین مخاطی رزکسیون و ساقه عمقی هر آدنوم بیش از 1 cm و یا پولیپی که پایه قابل تشخیصی داشته باشد باید بررسی شده و در گزارش پاتولوژی تعیین شود. (۱)

#### Flat adenoma (آدنوم مسطح)

از نظر تعریف به ضایعات غیر تهاجمی و دیس پلاستیک گفته می شود که حالت پولیپی نداشته باشد. ممکن است مختصر از اطراف برآمده باشد یا بطور مشخص تر دارای یک مرکز فرورفته باشد. از نظر مولکولی فنوتیپ تهاجمی تری از آدنوم های معمولی دارند. البته اینکه در عمل تهاجمی تر باشند هنوز جای بحث دارد. (۱)

#### سندرم پولیپوز آدنوماتوز فامیلی (FAP) Familial adenomatous polyposis

یک وضعیت اتوزومال غالب بعلمت موتاسیون درژن APC (adenomatous polyposis coli) روی کروموزوم ۵ است که یک ژن سرکوبگر تومور است و وجود آن باعث موتاسیون های دیگری مثل Kras و TP53 می شود. افراد مبتلا دچار آدنوم های کولورکتال می شوند. از گذشته گفته می شد که وجود ۱۰۰ پولیپ آدنومی برای تشخیص آن لازم است. گرچه اکثر بیماران صدها یا هزارها پولیپ دارند. آدنوم کارسینوم در اکثر بیماران تا میانه دهه ۳۰ اتفاق می افتد گرچه حتی زودتر هم می تواند رخ دهد و حتی در ۱۷ سالگی نیز گزارش شده است FAP. تقریبا ۱ درصد کانسر کولون را تشکیل می دهد.

فرکانس آن از ۱ در ۸۰۰۰ تا ۱ در ۱۴۰۰۰ در جمعیت عمومی می باشد با نسبت مساوی در زن و مرد .  
کanser فوقانی GI نیز در این افراد بالاست خصوصا در قسمت اول و دوم دئودنوم و خصوصا ناحیه پری امبولیتوری و متاسفانه در کسانی که کولکتومی شده اند این کانسر شایعترین علت مورتالیتی و موربیدیتی در این بیماران است. شیوع آدنوم های غیر کولون در این سندرم ۵۰-۹۰ درصد در معده و ۵۰-۱۰۰ درصد در دئودنوم است. همچنین کانسرهای تیروئید، مغز، پانکراس و هپاتوبلاستوم در آنها شایعتر است. غربالگری در دوران نوجوانی و کولکتومی پیشگیرانه در بعد از آن دوران درمان انتخابی در این بیماران است. (۱)

#### Attenuated familial adenomatous polyposis (FAP) (تقلیل یافته )

در این فرم از پولیپوز فامیلیال، کانسر کولون در افرادی با تعداد پولیپ کمتر از ۱۰۰ عدد (معمولا کمتر از ۳۰ عدد) ایجاد می شود . در بعضی از این بیماران با کمک رنگ آمیزی متیلن بلو می توان تعداد پولیپ های بیشتری (بیش از ۱۰۰ عدد) را یافت که در این صورت این افراد در همان گروه معمولی FAP قرار می گیرند. (۱)

در صورت شک به این سندرم بررسی ژنتیکی توصیه می شود که موتاسیون آن در جایگاهی متفاوت از APC است و به همین دلیل تعداد پولیپ های آنها کمتر بوده و ریسک کانسر در طول زندگی آنها تنها ۸۰ درصد است.

#### آدنوم در بیماران IBD

دیس پلازی که در بیماران IBD اتفاق می افتد اهمیت زیادی دارد. اگر ضایعه یک پولیپ آدنومی باشد مشابه با انواع اسپورادیک با آن برخورد می شود ولی اگر ضایعه دیس پلازی در مخاط غیر پولیپی نیز رخ بدهد ممکن است نیاز به کولکتومی باشد.

تشخیص این موضوع با توجه به نکات زیر امکانپذیر است:

۱- اگر پولیپی در خارج محل التهاب باشد با آن مثل یک پولیپ اسپورادیک برخورد می شود.

- پولیپ های اسپورادیک در بیماران مبتلا به IBD معمولاً در افراد بالای ۶۰ سال و یا در افرادی که دچار گستردگی یا فعالیت کمتری از بیماری بوده و یا دوره بیماری آنها کمتر (کمتر از ۱۰ سال) بوده رخ می دهد.

- پولیپ های ناشی از IBD معمولاً با درجات بالای از التهاب حاد و مزمن بوده و تغییرات مخلوطی از خوش خیم و دیس پلاستیک در سطح پولیپ دیده می شود و علاوه بر آن تغییرات دیس پلازی محدود به پولیپ نبوده و در مخاط اطراف هم دیده می شود ، اگر در ساقه پولیپ دیس پلازی باشد احتمال دیس پلازی در

مخاط مجاور زیاد است.(۱)

### Malignant epithelial polyp

به پولیپی گفته می شود که تهاجم به بعد از عضله مخاطی یعنی زیر مخاط را نشان بدهد یعنی به ساقه زیر مخاطی آن. که به دو دسته طبقه بندی می شود.

۱- آدنومی که ناحیه ای از آن تبدیل به آدنوکارسینوم شده

۲- آدنوکارسینوم پولیپوئید که پولیپ کلا"به یک کانسر تبدیل شده و شواهد اندکی از بقایای یک آدنوم قبلی وجود دارد و یا اصلاً شواهدی وجود ندارد.(۱)

### **درمان**

در نوع دوم درمان مشابه یک آدنوکارسینوم معمولی است.

- اما در نوع اول اگر توده بدون پایه (Sessile) باشد باید شانس متاستاز را در نظر گرفت و کولکتومی سبب توتال را انجام داد. ریسک متاستاز در آدنوکارسینوم مهاجم در یک آدنوم Sessile به ۲۰ درصد می رسد. گروه دوم پولیپ های پایه دار هستند که عوامل مختلفی در آن تاثیر گذار هستند. در صورتیکه

نشانه های بدی مثل گرید بالا، تهاجم عروقی؛ وجود تومور در مارژین و یا فاصله کم تومور مهاجم از مارژین برداشته شده وجود داشته باشد نیاز به کولکتومی سگمنتال ضروری است. (۱)

### علل دیگر پولیپ (علل کم اهمیت تر):

-تومور اندوکرین مثل کارسینوئید

-متاستاز به کولون (کارسینوم، ملانوم، لنفوم، پستان، ریه، تخمدان)

-پولیپ لنفوئید

-پولیپ مزانشیمی (لیوم، لیوسارکوم، هیپرتروفی لیوماتوز دریچه ایلئوسکال)

- عضله صاف (لیومیوم، لیومیوسارکوم)

-عروقی (گلوئوس، مالفورماسیون عروقی، لنفانژیوم، آنژیوسارکوم)

-عصبی (گانگلیونوروم، نوروفیبروماتوز، پری نورم، تومور سلول گرانولر)

-فیروبلاستیک

-تومورهای مزانشیمی با منشا ناشناخته Inflammatory fibroid polyp (۱).

### علائم پولیپ ها

پولیپ های کولورکتال معمولاً علامتدار نیستند ولی اگر علامتدار شوند علامت ها شامل: ۱- خونریزی از مقعد بصورت های مختلف از جمله رکتورژی، همتوشیزیا، ملنا و OB+ بوده و بسته به محل خونریزی قرمز روشن و یا تیره رنگ می باشد و می تواند منجر به کم خونی شود ۲-درد شکم ۳-علائم عمومی (مثل خستگی، کاهش وزن، بی اشتها). ۴-تغییرات الگوی اجابت مزاج که در صورت وجود کارسینوم واضح



شایع‌تر است ولی ضایعات خوش‌خیم بزرگ ممکن است باعث تنس‌موس (tenesmus)، پیوست و یا افزایش دفعات اجابت مزاج شوند. ۵-تومورهای پولیپوئید ممکنست باعث کرامپ‌ها، پرستالتیسم یا درجات متغیری از درهم رفتگی روده شوند. شایع‌ترین علامت همان خونریزیست. در پولیپ‌ها خونریزی شدید نادرست. (۱۹)

### غربالگری و تشخیص

پولیپ‌های کولورکتال می‌توانند به وسیله تست Fecal Ocult Blood (FOB)، سیگموئیدسکوپی، کلونوسکوپی، معاینه انگشتی رکتوم، باریم انما و Pil comera تشخیص داده شوند.

در تنقیه باریم، پولیپ بصورت نقص مدور پرشدن روده با کناره‌های نرم و حدود مشخص دیده می‌شوند. کلونوسکوپی قابل اعتمادترین روش برای تشخیص پولیپ‌های کولون است و می‌توان همزمان با این روش پولیپ‌ها را هم برداشت. دقت تشخیصی کلونوسکوپی در شناسایی پولیپ‌های کوچک و مراحل اولیه سرطان‌ها از باریم انما بیشترست.

متد‌های اندوسکوپی‌ک جدید مثل: اندوسکوپی کروموسکوپی‌ک با بزرگ‌نمایی بالا، اسپکتروسکوپی و روش optical coherence tomography کارایی کلونوسکوپی را افزایش می‌دهند (۲۰)

این نکته قابل ذکر است که تشخیص و پیگیری پولیپ‌های آدنوماتوز به دلیل امکان ترانسفورماسیون سرطانی از اهمیت خاصی برخوردار است. (۲۱و۲۲)

و انسیدانس و مورتالیتی کانسر کولورکتال در دو دهه اخیر بعلت نقش کلونوسکوپی غربالگری و برداشت پولیپ قبل از پیشرفت آن به کانسر کاهش یافته است (۲۳)

## درمان

پولیپ ها می توانند در جریان یک کلونوسکوپی و یا سیگموئیدسکوپی و با کمک Wire Loop که توانایی قطع کردن ساقه ی پولیپ و کوتر کردن آن به منظور جلوگیری از خونریزی را داشته باشد برداشته شوند. بسیاری از پولیپ های بزرگ یا Flat یا گسترش یافته به لترال ها می توانند به روش اندوسکوپیکبا تکنیکی که رزکسیون اندوسکوپیک موکوزال خوانده می شود (EMR) (Endoscopic Mucosal Resection) برداشته شوند. این روش با تزریق مایع به Lesion برای بلند کردن و سپس اکسیژن جراحی آن انجام میشود که این تکنیک می تواند بعنوان یک آلترناتیو برای کولکتومی تهاجمی هم استفاده شود. لاپاراتومی را باید در صورتی که کلونوسکوپی ناموفق باشد، ضایعه بزرگ و بدون پایه باشد یا اگر پولیپ ها متعدد باشند، در نظر داشت. (۲۴)

## چکیده ای از مطالعات انجام شده بر روی پولیپ ها

در یک مطالعه که در دانشگاه استنفورد آمریکا انجام شده بود همه گزارش های پاتولوژی از پولیپ کولون و رکتوم از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۲ مورد بررسی قرار گرفتند. مجموعاً ۴۴۴۳ پولیپ پیدا شده بود که از اینها تعداد ۳۲۲۵ عدد از نوع آدنوماتوز بودند (۲۸۸۳ مورد (۸۹/۴ درصد) توبولار، ۳۹۹ مورد (۹/۳ درصد) از نوع توبولوویلوس ۳۲، مورد (۱ درصد) ویلوس ادنوما و ۱۱ مورد (۰/۳ درصد) هم کارسینوما بودند). میزان آدنوکارسینوما به نسبت اندازه پولیپ: ۰/۰۷ درصد برای پولیپ های  $1\text{cm}$ ، ۲/۴۱ درصد برای پولیپ های  $1-2\text{cm}$  و ۱۹/۳۵ درصد برای پولیپ های  $>2\text{cm}$  که نشان می داد که به طرز معنی داری کمتر از میزان استاندارد پذیرفته شده برای هر دسته از سایزهای پولیپ هاست. (۲۵)

در یک تحقیق که سال ۲۰۰۶ در اسلوی نروژ انجام شده بود، کولون و رکتوم در ۴۴۵ مورد اتوپسی برداشته شده بود که در بین آنها ۷ مورد کارسینوم بالینی تشخیص داده نشده، ۳۲۹ مورد آدنوما، ۱۷۴ پولیپ هایپرپلاستیک، ۵۹ مورد Mucosal Tag، ۳۴ مورد ضایعات دیگرپولیپوئید، و ۵۴ مورد که هیچ تشخیص هیستولوژیکی برایشان پیدا نشده بود، دیده شد. آدنوماها در ۳۴ درصد مردان و ۳۲ درصد زنان یافت شد. میزان شیوع آدنوم همگام با افزایش سن در مردان افزایش یافته بود. در حالی که در زنان بررسی‌ها یک Variation بای فازیک را نشان می‌داد که همراه با یک پیک سنی در ۵۹-۵۰ سالگی و افزایش دوم در بعد از ۷۰ سالگی بود. توزیع آدنوم‌ها در روده نشاندهنده‌ی یک تغییر سنی همراه با محل پولیپ بود. بدین ترتیب که غلبه بیشتر پولیپ‌های سمت چپ قبل از ۶۰ سالگی و غلبه بیشتر پولیپ‌های سمت راست در بیماران بالای ۸۰ سال بود. پولیپ‌های هایپرپلاستیک در ۲۷ درصد مردان و ۱۸ درصد زنان یافت شد. در مردان توزیع پولیپ‌های هایپرپلاستیک و فرکانس آنها تغییرات سنی مشابه آنچه که در آدنوم‌ها بود را نشان داد. در زنان هم هیچ رابطه‌ی سنی مشخصی دیده نشد. تعداد پولیپ‌ها با افزایش سن افزایش یافته بود که در مردان این مسئله بیشتر بود. آدنوماها در زنان بیشتر تمایل به بزرگ شدن داشته، آپتیک تر بوده و تعداد ویلوس آدنوماها به نسبت مردان بیشتر بود. (۲۶)

● در یک تحقیق که در فاصله سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۹ در کشور کره جنوبی انجام شده بود، شیوع و فراوانی پولیپ‌های آدنوم در کولورکتال کانسرهای گرید I بررسی شده بود. این تحقیق به این علت انجام شده بود که در سال‌های اخیر شیوع سرطان کولورکتال early-stage در کشور کره به طور قابل توجهی افزایش یافته بود و هدف از این مطالعه ارزشیابی کردن مشخصات کلینیکوپاتولوژی پولیپ‌های آدنوماتوز در سرطان‌های کولورکتال stage I و در جمعیت عادی بود. به این ترتیب که در فاصله ماه مارس ۲۰۰۳ تا سپتامبر ۲۰۰۹، ۱۶۸ بیمار که در CRC stage I بودند وارد مطالعه شدند بعلاوه این که تعداد ۴۳۱۵ نفر از

جمعیت عادی هم که کولورکتال کانسر (CRC) نداشتند وارد مطالعه شده و توسط کلونوسکوپی چک آپ شدند. از ۱۶۸ بیماری که در stage I CRC بودند ۶۸ مورد (۴۰/۵ درصد) همزمان پولیپ آدنوماتوز هم داشتند و در ۴۱۳۵ نفر جمعیت عادی هم ۱۱۱۲ نفر (۲۶ درصد) همزمان پولیپ آدنوماتوز داشتند. شیوع پولیپ های آدنوماتوز در CRC ها و در جمعیت عادی به ترتیب ۳۲ و ۱۵ درصد بود. در بیماران CRC با آدنوماتوز همزمان فراوانی پولیپ های آدنوماتوز ویلوس و توبولوویلوس نسبت به جمعیت عادی بیشتر بود (۷/۵ درصد به ۲ درصد). (۲۷)

در یک تحقیق که در فاصله ۱۰ ساله ی بین سال های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۵ در ایران و در بیمارستان مرکز کودکان تهران انجام شده بود، پولیپ های کولورکتال در کودکان مورد مطالعه کلینیکوپاتولوژیکی و اندوسکوپی قرار گرفته بودند. گزارشات پزشکی کودکان با پولیپ های کولورکتال در فاصله سال های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۵ بصورت گذشته نگر مورد بررسی قرار گرفت که ۵۶۳ کیس وارد مطالعه شدند. اطلاعات مربوط به سن، جنس، سابقه خانوادگی، علائم، نشانه ها، محل پولیپ، نوع پولیپ و ضایعات همراه جمع آوری و تجزیه تحلیل شدند. نتایج بدست آمده به صورت زیر بود: سن متوسط کودکان  $5/66 \pm 2/88$  بود (با محدوده بین ۲ ماه تا ۱۷ سال) با نسبت مذکر به مؤنث ۱/۶۱. بیشترین میزان شیوع بین رنج سنی ۲ تا ۱۰ سال بود. خونریزی از رکتوم (Rectal bleeding) علامت شایع در ۷۸/۵ درصد کودکان بود و در ۹۴ درصد کیس ها پولیپ ها به صورت منفرد وجود داشتند. اکثریت پولیپ ها (۸۶/۳ درصد)، از نوع جوانان بودند و ۸۶/۷ درصدشان در ناحیه رکتوسیگموئید واقع شده بودند. ۳ درصد کیس ها سابقه مثبت خانوادگی داشتند، و یک کیس بیماری تورکوت هم دیده شد. نتایجی که از این تحقیق بدست آمد این بود که: پولیپ های جوانان شایعترین پولیپ ها در جمعیت کودکان ایرانی بودند اگرچه که وجود پولیپ ها بصورت منفرد و در رکتوسیگموئید شایع تر

بوده ولی با این وجود در تعداد مشخصی از کیس ها هم، پولیپ ها بصورت متعدد و در قسمت های پروگزیمال وجود داشتند. (۴)

در یک تحقیق که در فاصله سال های ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۵ در دانشگاه تبریز در ایران انجام شده بود. مشخصات دموگرافیک و آناتومیکال پولیپ های کولورکتال در ۱۹۴ بیمار بررسی شد که نتایج زیر بدست آمد: میانگین سن بیماران ۴۳/۲ بود (محدوده بین ۸۰-۲ سال) و ۷۱ درصد بیماران مذکر بودند. بیشتر پولیپ ها در دهه پنجم زندگی بیماران پیدا شده بود. ۳۲ بیمار تعداد بیش از یک پولیپ داشتند (۱۷/۲ درصد) که در ۱۵ درصد از آنها پولیپ از نوع آدنوماتوز بود و ۱۵۴ بیمار دیگر هم پولیپ منفرد داشتند. غالب پولیپ ها در سمت چپ بودند و ۶۳ درصد پولیپ ها از نوع آدنوماتوز بوده که ۳۷ درصد آنها از نوع ویلوس بودند و ۱۰/۹ درصد کیس ها همزمان کانسر هم داشتند. نتیجه این که در جمعیت ایرانی اکثریت پولیپ ها در سمت چپ بوده و شیوع بیشتر نوع آدنوماتوز قابل مقایسه با اطلاعات بدست آمده از تحقیقات کشورهای غربی بود. (۲۸)

در تحقیق انجام شده در تبریز در همان فاصله ی زمانی (۱۹۹۲-۲۰۰۵) همزمان با بررسی گذشته نگر بیماران با پولیپ های روده کیس های کانسر کولورکتال هم وارد مطالعه شدند (۱۴۳ مورد CRC و ۱۸۰ عدد پولیپ آدنوماتوز که در ۱۴۵ بیمار وجود داشتند) البته با این توضیح که بیماران با سندرم های پولیپوز از مطالعه خارج شدند و سن و جنس و اندازه پولیپ ها و محل آناتومیکال پولیپ ها و کانسرها مشخص شدند که نتایج زیر بدست آمده بود: میانگین سنی پولیپ های آدنوماتوز و CRC ها به ترتیب: ۴۶/۳ و ۵۳/۹ سال بود و ۵۵/۵ درصد از پولیپها و ۶۲/۲ درصد از کانسرها مرد بودند. در هر دوی کانسرها و پولیپ های آدنوماتوز شایع ترین علامت بالینی (علت مراجعه) خونریزی از رکتوم و اسهال خونی بود. (به ترتیب ۵۲/۴ درصد و ۱۶/۹ درصد - ۳۹/۲ درصد و ۱۵/۸ درصد برای کانسر و آدنوما (بدون تفاوت قابل ملاحظه). اکثریت غالب آدنوماها و همچنین کانسرها در سمت چپ بودند. (۸۵ درصد و ۸۱/۷ درصد). ناحیه ی سکوم منحصراً تنها

ناحیه ای بود که کانسر در آنها دیده شد ولی پولیپ در آن وجود نداشت. نتیجه ی تحقیق این بود که این توزیع آناتومیکی و همچنین فراوانی بیشتر پولیپها و کانسرها در سمت چپ با نتایج مطالعاتی که در سایر کشورهای آسیایی انجام شده بود شباهت بسیاری داشت.(۲۹)

در یک مطالعه که در یک فاصله زمانی ۲ ساله در دانشگاه شهید بهشتی تهران انجام شده بود، شیوع آدنوم های کولورکتال و سایر ضایعات پیشرفته در بستگان درجه اول بیماران مبتلا به کانسر کولورکتال توسط کولونوسکوپی و بررسی های پاتولوژیک مورد بررسی قرار گرفت. برای انجام این تحقیق بیماران مبتلا به کانسر کولورکتال از طریق اطلاعات پاتولوژیکی مربوط به ثبت سرطان مشخص شده و بستگان درجه یک آنها (برادر، خواهر، پدر و مادر و فرزندان) از جهت وجود پولیپ های روده بزرگ و سایر ضایعات پیش سرطانی بوسیله کولونوسکوپی بررسی شدند. گروه شاهد هم از میان جمعیت در معرض خطر متوسط برای سرطان روده و بدون هیچ سابقه خانوادگی برای سرطان روده انتخاب شدند (که رضایت به انجام کولونوسکوپی داده بودند). از میان کل ۱۸۴ موردی که مورد غربالگری با کولونوسکوپی قرار گرفته بودند (در فاصله آوریل ۲۰۰۷ تا مارس ۲۰۰۹)، ۹۰ مورد جز بستگان بیماران مبتلا بودند که از این تعداد ۷۰ مورد (۷۷/۸ درصد) کولونوسکوپی نرمال داشتند، ۱۸ مورد (۲۰ درصد) پولیپ داشتند و ۲ مورد (۲/۲ درصد) هم کانسر کولورکتال داشتند. از ۹۴ موردی که در گروه شاهد قرار داشتند، فقط در ۴ موردشان (۴/۳ درصد) پولیپ دیده شد و ۹۰ مورد بقیه کولونوسکوپی توتال نرمال داشتند. سن متوسط مواردی که پولیپ داشتند ۴۸/۳ و در گروه شاهد ۴۱/۵ بود. شیوع پولیپ بطور قابل ذکری در جنس مذکر بیشتر بوده (در هر ۲ گروه) نتیجه این که شیوع آدنوم های کولورکتال در بستگان درجه I افراد مبتلا به کانسر کوکولورکتال بطور قابل ملاحظه ای بالاتر از جمعیت با ریسک متوسط بود.(۳۰)

در مطالعه دیگری که در دانشگاه شهید بهشتی انجام شده بود (در بیمارستان طالقانی) مشخصات کلینیکی و پاتولوژیکی پولیپ‌های کولورکتال در یک جمعیت ۷۱۶ نفریمورد بررسی قرار گرفت به این ترتیب که: در این مطالعه ۸۵۶ مورد پولیکیتومی در ۷۱۶ بیمار انجام شده (در فاصله سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۸) و توزیع آناتومیکی، اندازه و ویژگی‌های پاتولوژیک پولیپ‌ها مشخص شد و نتایج زیر بدست آمد: پولیپ‌ها در ۴۳۷ مورد مردان و در ۲۷۹ مورد از زنان وجود داشتند. ۳/۱۲ درصد از پولیپ‌ها در رکتوم بوده، ۱۹/۶ درصد در سیگموئید، ۲۴/۴ درصد در کولون نزولی، ۱۳/۹ درصد در کولون عرضی و ۲۹/۶ درصد هم در سکوم و کولون صعودی. ۷۷ مورد از پولیپ‌ها (۹ درصد) غیرنئوپلاستیک بوده و ۷۷۹ مورد (۹۱ درصد) نئوپلاستیک. آدنوم‌ها در ۷۲۶ کیس (۸۵ درصد) وجود داشته که از این تعداد ۴۱۱ مورد (۵۶ درصد آدنوم‌ها) در سمت چپ و ۳۱۶ مورد (۴۴ درصد آدنوم‌ها) در سمت راست بودند، کارسینوم‌ها در ۵۲ کیس دیده شدند که از این تعداد هم ۱۸ مورد (۳۴/۵ درصد) در سمت چپ و ۳۴ مورد (۶۵/۵ درصد) در سمت راست بودند. از مجموع ۳۵۴ مورد پولیپ آدنوماتوز پیشرفته، ۸۷ مورد (۳۴ درصد) در بیماران با سن زیر ۵۰ سال بوده و ۱۴۹ مورد هم (۵۸/۶ درصد) در سمت راست بودند. این مطالعه نشان داد که تعداد قابل توجهی از پولیپ‌های آدنوماتوز و کارسینوم‌ها، پروگزیمال به خم طحالی در روده بزرگ واقع شده‌اند. در نتیجه در صورت عدم وجود ضایعه در سمت چپ کولون، انتظار می‌رود که در یک کلونوسکوپی فقط محدود به خم طحالی (کلونوسکوپی که فقط تا خم طحال پیش می‌رود) تا ۴۴ درصد ضایعات امکان از دست رفتن دارند. همچنین بالارفتن میزان شیوع این ضایعات در سمت راست همراه با سن پیشنهاد می‌کند که بررسی سمت راست کولون در افراد با سن بالا بسیار با اهمیت است. (۳۱)

یک مطالعه در سال ۲۰۱۲ در تنسی آمریکا روی ۷۶۴۳ فرد عاری از پولیپ و ۲۵۴۳ فرد دارای پولیپ (۱۴۴۴ آدنوم، ۶۶۲ پولیپ هیپرپلاستیک و ۴۳۷ پولیپ مخلوط) نشان داد که شیوه زندگی (Life style)

یک فاکتور مهم برای پیشگیری از پولیپ کولورکتال است خصوصا در فرم های پیشرفته و آدنوم های متعدد که پیش در آمد کانسر کولورکتال هستند (۳۲)

در یک مطالعه در سال ۲۰۰۷ در ایتالیا نشان داد که کاهش BMI بیماران در فاصله زمانی بین کولونوسکوپی اولیه و فالوآپ بعد از پولیپکتومی باعث کم شدن قابل ملاحظه ای در ایجاد ضایعات پیشرفته میشود. (۳۳)

در یک مطالعه که در سال ۲۰۰۳ در ویرجینیای امریکا در یک دوره فالوآپ ۲۶ ساله و بر روی ۴۴۱ فرد دارای پولیپ انجام شده بود نشان داد که مصرف گیاهان سبز پخته شده، میوه های خشک شده، سبزی و برنج قهوه ای با کاهش ریسک پولیپ های کولورکتال همراه است. (۳۴)

مطالعه ای در دانشگاه آزاد تهران انجام شد (بین ژوئن ۲۰۰۱ تا مارس ۲۰۰۴) و توزیع ۱۳۰ پولیپ آدنوماتوز با کانسرهای insitu و همچنین با کارسینوم های همزمان مهاجم مقایسه شده بود. فاکتورهایی نظیر سن، جنس، محل ضایعه، ساینز پولیپ، زیرگروه هیستولوژیکی و درجه دیسپلازی، کانسرهای همزمان، رنگ پولیپ و تعداد پولیپ ها مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایجی که از این مطالعه بدست آمد، نشان داد که زیرگروه هیستولوژیکی، درجه بالای دیسپلازی و اندازه باید بعنوان پیش بینی کننده های مستقل برای بدخیمی در نظر گرفته شوند. اگرچه که در سمت چپ بودن پولیپ و زیرگروه هیستولوژیکی خود ریسک فاکتورهای مستقل برای دیسپلازی با گرید بالا هستند. (۳۵)

در مطالعه ای که سال ۲۰۰۸ در کنتاکی آمریکا انجام شده بود، شیوع پولیپ ها در یک سری اتوپسی در مناطقی که از لحاظ بروز سرطان روده بزرگ شیوع های متفاوتی دارند مورد بررسی قرار گرفته بود. نتایج این اتوپسی تأکید بر رابطه ای بین شیوع آدنوما و بروز کانسر روده بزرگ داشت. در این مطالعه بالاترین نسبت بروز آدنوم ها در مناطقی دیده شد که بالاترین میزان شیوع کانسر روده ی بزرگ را داشتند و توزیع



سگمنتال آدنوم‌ها داخل روده شباهت بسیار زیادی به محل‌های توزیع کانسر داشت. اگرچه که کمترین میزان توزیع آدنوم‌ها در رکتوم بوده که این قضیه در کانسرهای هم صدق می‌کرد و این قضیه که پولیپ‌های هایپرپلاستیک بیشترین شیوع را در رکتوم داشتند خود نشان‌دهنده کم نقش بودن پولیپ‌های هایپرپلاستیک در سرطان روده‌ی بزرگ بود. آدنوم‌ها در هر دو منطقه‌ی کولون و رکتوم در مردان شایع‌تر از زنان بودند که مخالف آنچه بود که در کانسرهای وجود داشت. (۳۶)

در مقاله‌ای که در مجله گاستروانترولوژی سال ۲۰۱۳ به چاپ رسیده بود شیوع آدنوم‌ها و serrated پایه‌دار در تحقیقی که در استرالیا انجام شده بود در جمعیت چینی و قفقازی با هم مقایسه شده بود. این مطالعه شامل کلونوسکوپی غیرانتخابی پشت سر همی بود که توسط یک اندوسکوپیست انجام شده بود و تمام پولیپ‌هایی که مشخص شده بودند همگی اندازه‌گیری شده بوده، خارج شده بوده و برای پاتولوژی ارسال شده بودند. شیوع آدنوم‌ها، آدنوم‌های پیشرفته، آدنوم‌های serrated پایه‌دار (SSA) و کانسرهای جمعیت چینی‌ها و قفقازی با روش کوهورت با هم مقایسه شده بود. نتایج به این صورت بود که: مطالعه شامل ۳۶۴ نفر چینی و ۶۵۴ نفر قفقازی بود. تفاوت قابل ملاحظه‌ای در فاکتورهای اولیه مثل سن و جنس و اندیکاسیون‌های کلونوسکوپی وجود نداشت هر چند که چینی‌ها بیشتر با خونریزی رکتال مراجعه کرده بودند (۲۲/۸ درصد نسبت به ۱۵/۹ درصد). شیوع پولیپ‌های آدنوماتوز در هر دو گروه تقریباً شبیه هم بوده (۳۴/۳ درصد در قفقازی‌ها و ۳۵/۳ درصد در چینی‌ها). آدنوم‌های پیشرفته بطور قابل ملاحظه‌ای در نژاد قفقازی بیشتر بوده (۱۱/۳ درصد) (در چینی‌ها ۴/۶ درصد). SSA در چینی‌ها تقریباً نادر بوده (۲ درصد) ولی در قفقازی‌ها ۷ درصد بود. آنالیزهای آماری نشان داد که ۲ فاکتور نژاد قفقازی و وجود SSA فاکتورهای مستقل برای ردیابی آدنوم‌های پیشرفته هستند. نتیجه نهایی مطالعه هم این بود که شیوع ضایعات کولورکتال

از جمله آدنوم های پیشرفته، آدنوم های بزرگ و SSA در جمعیت چینی واضحاً در مقایسه با قفقازی ها کمتر بود. (۳۷)

در مطالعه ای که در یک محدوده زمانی ۳۰ ساله (۱۹۷۹ تا ۲۰۰۹) در نیجریه انجام شده بود، مشخصات پاتولوژیکی پولیپ های کولورکتال بررسی شد، و از بین کل پولیپ های بررسی شده تعداد ۴۴ کیس (که ۶/۷ درصد کل پولیپ ها بود) وارد مطالعه شدند. نسبت male به female ۲/۱ بود. ۱۷ پولیپ (۳۸/۶ درصد) آدنوماتوز بوده، ۹ پولیپ (۲۰/۵ درصد) Juvenile، ۸ مورد (۱۸/۲ درصد) التهابی، ۴ کیس از نوع لیپومی و ۳ مورد هم از نوع لیوماتوز بوده و از هر کدام از انواع لنفوئید، هامارتوموز، و نوروفیبروماتوز هم هر کدام یک مورد بود. ۱۱ مورد از آدنوماتوزها از نوع توبولار (۵۸/۸ درصد)، ۵ مورد (۲۹/۴ درصد) از نوع ویلوس، یک مورد توبولوویلوس (۵/۹ درصد) و یک مورد از هم نوع ویلوس همراه با تغییرات بدخیمی بوده، همان طور که دیده شد آدنوم ها شایع ترین نوع پولیپ در این مطالعه بودند. (۳۸)

در یک مطالعه که در بیمارستان میلاد تهران و در فاصله ی سال های ۸۳-۱۳۸۰ انجام شده بود ارتباط درجات مختلف دیسپلازی پولیپ های آدنومی با توزیع مکانی آنها در روده بزرگ مورد بررسی قرار گرفته بود. ۱۴۲ مورد پولیپ آدنوماتوز کولورکتال که تبدیل به سرطان مهاجم یا درجا شده بودند و یا به تنهایی پولیکتومی شده بودند از نظر اندازه ضایعه، تشخیص هیستولوژیک، مکان درگیر، اندیکاسیون کلونوسکوپی، درجه ی دیسپلازی، وجود سرطان همزمان مهاجم و یا کارسینوم درجا، رنگ و تعداد پولیپ مورد بررسی قرار گرفتند و البته کلیه بیمارانی که سابقه پولیپ FAP و IBD داشتند از مطالعه حذف شدند. نتیجه ی مطالعه نشان داد که: نوع هیستولوژیکی ویلوس، دیسپلازی با گرید بالا و اندازه ی بالای ۱cm به ترتیب به اندازه ۱۶/۴، ۱۲/۹ و ۳/۷ برابر موجب افزایش خطر بدخیمی شده بودند و بطور جالبی مکان درگیری بصورت مستقل تنها قادر به افزایش ۵/۹ برابر خطر دیسپلازی با گرید بالا شده بود. (۳۹)

در یک مطالعه که در یک فاصله زمانی ۵ ساله (از ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۴) در مکزیک انجام شده بود تعداد ۳۲۲ پولیپ کولورکتال مورد بررسی قرار گرفته بود (که این تعداد از ۸۴۶ مورد کلونوسکوپی که انجام شده بود بدست آمد). ۱۸۳ بیمار (۱۲/۶ درصد) بودند که ۳۲۲ پولیپ کولورکتال داشتند که از این تعداد فقط ۲۱۴ مورد (۶۶/۴ درصد) شان تحت رزکسیون قرار گرفته و وارد مطالعه شدند. ۱۲۰ مورد (۵۷ درصد) از پولیپها نئوپلاستیک بودند و ۹۴ تایشان (۴۳ درصد) هم غیرنئوپلاستیک بودند. در میان پولیپ های نئوپلاستیک ۱۰۰ عدد (۸۳/۴ درصد) توبولار آدنوماتوز بوده، ۱۱ عدد (۹/۱ درصد) توبولوویلوس و ۹ عدد (۷/۵ درصد) از نوع ویلوس آدنوما بودند. ۱۶ مورد هم پولیپ همراه با آدنوکارسینوما پیدا شد (۷/۴ درصد). که ۱۴ تایشان در بیماران بالای ۵۰ سال بوده و در پولیپ هایی پیدا شدند که سائز بالای ۱cm داشتند و ۱۱ تایشان هم پایه دار بودند. ارزیابی پولیپ هانشان داد که، آدنوم های توبولار شایع ترین پولیپ های نئوپلاستیک بودند. در این مطالعه سن، سائز پولیپ و مورفولوژی پولیپ، ریسک فاکتورهای مشخصاً مهم تری برای تبدیل شدن به بدخیمی بودند. (۴۰)

## فصل سوم:

### مواد و روش کار

## اهداف و فرضیات

### الف: هدف اصلی طرح (General Objective)

تعیین مشخصات دموگرافیک و کلینیکوپاتولوژیک پولیپ های کولون بر اساس گزارشات پاتولوژی نمونه های ارسالی به مرکز بیمارستانی بوعلی سینا در سالهای ۱۳۸۱- الی ۱۳۹۰

### ب: اهداف فرعی (Specific Objectives):

۱. تعیین نسبت پولیپ های کولون بر حسب سن در بیماران
۲. تعیین نسبت پولیپ های کولون بر حسب جنس در بیماران
۳. تعیین نسبت پولیپ های کولون بر حسب سائز در بیماران
۴. تعیین نسبت پولیپ های کولون بر حسب تعداد پولیپ ها در بیماران
۵. تعیین نسبت پولیپ های کولون بر حسب محل آناتومیک در بیماران
۶. تعیین نسبت پولیپ ها اپی تلیال هیپرپلاستیک در بیماران
۷. تعیین نسبت پولیپ های اپی تلیال آدنومی در بیماران
۸. تعیین نسبت پولیپ های اپی تلیال مخلوط در بیماران
۹. تعیین نسبت پولیپ های التهابی در بیماران
۱۰. تعیین نسبت پولیپ های هامارتومی در بیماران
۱۱. تعیین نسبت پولیپ های مزانشیمی در بیماران
۱۲. تعیین نسبت پولیپ های آدنوماتوز بر حسب سن در بیماران
۱۳. تعیین نسبت پولیپ های آدنوماتوز بر حسب جنس در بیماران

۱۴. تعیین نسبت پولیپ های آدنوماتوز بر حسب سائز در بیماران
۱۵. تعیین نسبت پولیپ های آدنوماتوز بر حسب تعداد پولیپ ها در بیماران
۱۶. تعیین نسبت پولیپ های آدنوماتوز بر حسب محل آناتومیک در بیماران
۱۷. تعیین نسبت پولیپ های آدنوماتوز از نظر زمینه بیماری در بیماران
۱۸. تعیین نسبت پولیپ های آدنوماتوز از نظر گریدهیستولوژیک در بیماران
۱۹. تعیین نسبت پولیپ های آدنوماتوز از نظر گروه پر خطر (سائز  $< 1\text{ cm}$ , نوع ویلوس یا توبولوویلوس , گریدهیستولوژیکبالا) در بیماران
۲۰. تعیین رابطه بین پولیپ های آدنوماتوز از نظر هیستولوژیک پرخطر (نوع ویلوس یا توبولوویلوس , گریدهیستولوژیکبالا) و سائز پولیپ
۲۱. تعیین نسبت پولیپ های کولون بر حسب شکایت بالینی در بیماران
۲۲. تعیین نسبت پولیپ های کولون بر حسب سوابق بالینی در بیماران
۲۳. تعیین نسبت پولیپ های مشاهده شده در بین بیوپسی های انجام شده در مدت زمان مطالعه در بیماران

### ج) اهداف کاربردی (Applied Objectives):

- ۱- شناخت پولیپ های کولون که بسیاری از آنها زمینه ساز سرطان کولون هستند می تواند گامی در راه شناسایی سرطان کولورکتال که یکی از سرطانهای شایع در ایران است باشد
- ۲- تعیین فراوانی پولیپهای آدنوماتوز و خصوصا "انواع پرخطر می تواند در برنامه ریزی های غربالگری سرطان مورد استفاده قرار گیرد

### نوع مطالعه:

مبتنی بر اطلاعات بیمارستانی (اپیدمیولوژیک توصیفی)

### جامعه مورد مطالعه:

تمام بیمارانی که در بیمارستان بوعلی سینای قزوین در فاصله سال های ۸۱ تا ۹۰ کلونوسکوپی و بیوپسی شده بوده اند، گزارش پاتولوژی شان مورد بررسی قرار گرفته و آنهایی که در تشخیص نامی از ضایعات پولیپی قید شده بودند، وارد مطالعه شدند. بطور همزمان گزارش های کلونوسکوپی و فرم درخواست مربوط به همان بیماران و همچنین سایر مواردی که در گزارش های کلونوسکوپی فقط از ضایعات پولیپی نام برده شده بود هم مورد ارزیابی قرار گرفته و اطلاعات مربوط به بیماران هم استخراج شد. نمونه گیری بیماران به روش سرشماری انجام شد.

## جدول متغیرها

عنوان متغیرها	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
سن	✓		✓				تعداد سال های گذشته از عمر	سال به عدد
جنس	✓				✓		جنسیت فرد بر مبنای ظاهر	مرد/زن
نوع کولونوسکوپی	✓				✓		حداکثر منطقه مورد ارزیابی در حین کولونوسکوپی	رکتوسگموبیدسکوپی کولونوسکوپی دیستال کولونوسکوپی توتال
شکایت بالینی	✓				✓		مهمترین مسئله و مشکل بیمار از دیدگاه پزشک که ضرورت بررسی کولونوسکوپی را ایجاد کرده است	درد شکم، اسهال، رکتوراژی، فالوآ پ یک بیماری مشخص، بررسی روتین در فرد بالای ۴۰ سال
سوابق بیماری	✓				✓		نکته مهم از نظر سوابق مشکلات کولون که معمولاً در زمان ارسال نمونه جهت پاتولوژی به آن اشاره می شود	IBD، کانسر در بستگان، پولیپ های متعدد قبلی، بدون سابقه قبلی
محل آناتومیک پولیپ	✓				✓		محل قرارگیری پولیپ با توجه به گزارش کولونوسکوپی	رکتوم، سیگموبید، کولون نزولی، کولون عرضی، کولون صعودی، سکوم
تعداد پولیپ های مشاهده شده	✓		✓				تعداد بر حسب عدد	۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳-۴۴-۴۵-۴۶-۴۷-۴۸-۴۹-۵۰-۵۱-۵۲-۵۳-۵۴-۵۵-۵۶-۵۷-۵۸-۵۹-۶۰-۶۱-۶۲-۶۳-۶۴-۶۵-۶۶-۶۷-۶۸-۶۹-۷۰-۷۱-۷۲-۷۳-۷۴-۷۵-۷۶-۷۷-۷۸-۷۹-۸۰-۸۱-۸۲-۸۳-۸۴-۸۵-۸۶-۸۷-۸۸-۸۹-۹۰-۹۱-۹۲-۹۳-۹۴-۹۵-۹۶-۹۷-۹۸-۹۹-۱۰۰-۱۰۱-۱۰۲-۱۰۳-۱۰۴-۱۰۵-۱۰۶-۱۰۷-۱۰۸-۱۰۹-۱۱۰-۱۱۱-۱۱۲-۱۱۳-۱۱۴-۱۱۵-۱۱۶-۱۱۷-۱۱۸-۱۱۹-۱۲۰-۱۲۱-۱۲۲-۱۲۳-۱۲۴-۱۲۵-۱۲۶-۱۲۷-۱۲۸-۱۲۹-۱۳۰-۱۳۱-۱۳۲-۱۳۳-۱۳۴-۱۳۵-۱۳۶-۱۳۷-۱۳۸-۱۳۹-۱۴۰-۱۴۱-۱۴۲-۱۴۳-۱۴۴-۱۴۵-۱۴۶-۱۴۷-۱۴۸-۱۴۹-۱۵۰-۱۵۱-۱۵۲-۱۵۳-۱۵۴-۱۵۵-۱۵۶-۱۵۷-۱۵۸-۱۵۹-۱۶۰-۱۶۱-۱۶۲-۱۶۳-۱۶۴-۱۶۵-۱۶۶-۱۶۷-۱۶۸-۱۶۹-۱۷۰-۱۷۱-۱۷۲-۱۷۳-۱۷۴-۱۷۵-۱۷۶-۱۷۷-۱۷۸-۱۷۹-۱۸۰-۱۸۱-۱۸۲-۱۸۳-۱۸۴-۱۸۵-۱۸۶-۱۸۷-۱۸۸-۱۸۹-۱۹۰-۱۹۱-۱۹۲-۱۹۳-۱۹۴-۱۹۵-۱۹۶-۱۹۷-۱۹۸-۱۹۹-۲۰۰-۲۰۱-۲۰۲-۲۰۳-۲۰۴-۲۰۵-۲۰۶-۲۰۷-۲۰۸-۲۰۹-۲۱۰-۲۱۱-۲۱۲-۲۱۳-۲۱۴-۲۱۵-۲۱۶-۲۱۷-۲۱۸-۲۱۹-۲۲۰-۲۲۱-۲۲۲-۲۲۳-۲۲۴-۲۲۵-۲۲۶-۲۲۷-۲۲۸-۲۲۹-۲۳۰-۲۳۱-۲۳۲-۲۳۳-۲۳۴-۲۳۵-۲۳۶-۲۳۷-۲۳۸-۲۳۹-۲۴۰-۲۴۱-۲۴۲-۲۴۳-۲۴۴-۲۴۵-۲۴۶-۲۴۷-۲۴۸-۲۴۹-۲۵۰-۲۵۱-۲۵۲-۲۵۳-۲۵۴-۲۵۵-۲۵۶-۲۵۷-۲۵۸-۲۵۹-۲۶۰-۲۶۱-۲۶۲-۲۶۳-۲۶۴-۲۶۵-۲۶۶-۲۶۷-۲۶۸-۲۶۹-۲۷۰-۲۷۱-۲۷۲-۲۷۳-۲۷۴-۲۷۵-۲۷۶-۲۷۷-۲۷۸-۲۷۹-۲۸۰-۲۸۱-۲۸۲-۲۸۳-۲۸۴-۲۸۵-۲۸۶-۲۸۷-۲۸۸-۲۸۹-۲۹۰-۲۹۱-۲۹۲-۲۹۳-۲۹۴-۲۹۵-۲۹۶-۲۹۷-۲۹۸-۲۹۹-۳۰۰-۳۰۱-۳۰۲-۳۰۳-۳۰۴-۳۰۵-۳۰۶-۳۰۷-۳۰۸-۳۰۹-۳۱۰-۳۱۱-۳۱۲-۳۱۳-۳۱۴-۳۱۵-۳۱۶-۳۱۷-۳۱۸-۳۱۹-۳۲۰-۳۲۱-۳۲۲-۳۲۳-۳۲۴-۳۲۵-۳۲۶-۳۲۷-۳۲۸-۳۲۹-۳۳۰-۳۳۱-۳۳۲-۳۳۳-۳۳۴-۳۳۵-۳۳۶-۳۳۷-۳۳۸-۳۳۹-۳۴۰-۳۴۱-۳۴۲-۳۴۳-۳۴۴-۳۴۵-۳۴۶-۳۴۷-۳۴۸-۳۴۹-۳۵۰-۳۵۱-۳۵۲-۳۵۳-۳۵۴-۳۵۵-۳۵۶-۳۵۷-۳۵۸-۳۵۹-۳۶۰-۳۶۱-۳۶۲-۳۶۳-۳۶۴-۳۶۵-۳۶۶-۳۶۷-۳۶۸-۳۶۹-۳۷۰-۳۷۱-۳۷۲-۳۷۳-۳۷۴-۳۷۵-۳۷۶-۳۷۷-۳۷۸-۳۷۹-۳۸۰-۳۸۱-۳۸۲-۳۸۳-۳۸۴-۳۸۵-۳۸۶-۳۸۷-۳۸۸-۳۸۹-۳۹۰-۳۹۱-۳۹۲-۳۹۳-۳۹۴-۳۹۵-۳۹۶-۳۹۷-۳۹۸-۳۹۹-۴۰۰-۴۰۱-۴۰۲-۴۰۳-۴۰۴-۴۰۵-۴۰۶-۴۰۷-۴۰۸-۴۰۹-۴۱۰-۴۱۱-۴۱۲-۴۱۳-۴۱۴-۴۱۵-۴۱۶-۴۱۷-۴۱۸-۴۱۹-۴۲۰-۴۲۱-۴۲۲-۴۲۳-۴۲۴-۴۲۵-۴۲۶-۴۲۷-۴۲۸-۴۲۹-۴۳۰-۴۳۱-۴۳۲-۴۳۳-۴۳۴-۴۳۵-۴۳۶-۴۳۷-۴۳۸-۴۳۹-۴۴۰-۴۴۱-۴۴۲-۴۴۳-۴۴۴-۴۴۵-۴۴۶-۴۴۷-۴۴۸-۴۴۹-۴۵۰-۴۵۱-۴۵۲-۴۵۳-۴۵۴-۴۵۵-۴۵۶-۴۵۷-۴۵۸-۴۵۹-۴۶۰-۴۶۱-۴۶۲-۴۶۳-۴۶۴-۴۶۵-۴۶۶-۴۶۷-۴۶۸-۴۶۹-۴۷۰-۴۷۱-۴۷۲-۴۷۳-۴۷۴-۴۷۵-۴۷۶-۴۷۷-۴۷۸-۴۷۹-۴۸۰-۴۸۱-۴۸۲-۴۸۳-۴۸۴-۴۸۵-۴۸۶-۴۸۷-۴۸۸-۴۸۹-۴۹۰-۴۹۱-۴۹۲-۴۹۳-۴۹۴-۴۹۵-۴۹۶-۴۹۷-۴۹۸-۴۹۹-۵۰۰-۵۰۱-۵۰۲-۵۰۳-۵۰۴-۵۰۵-۵۰۶-۵۰۷-۵۰۸-۵۰۹-۵۱۰-۵۱۱-۵۱۲-۵۱۳-۵۱۴-۵۱۵-۵۱۶-۵۱۷-۵۱۸-۵۱۹-۵۲۰-۵۲۱-۵۲۲-۵۲۳-۵۲۴-۵۲۵-۵۲۶-۵۲۷-۵۲۸-۵۲۹-۵۳۰-۵۳۱-۵۳۲-۵۳۳-۵۳۴-۵۳۵-۵۳۶-۵۳۷-۵۳۸-۵۳۹-۵۴۰-۵۴۱-۵۴۲-۵۴۳-۵۴۴-۵۴۵-۵۴۶-۵۴۷-۵۴۸-۵۴۹-۵۵۰-۵۵۱-۵۵۲-۵۵۳-۵۵۴-۵۵۵-۵۵۶-۵۵۷-۵۵۸-۵۵۹-۵۶۰-۵۶۱-۵۶۲-۵۶۳-۵۶۴-۵۶۵-۵۶۶-۵۶۷-۵۶۸-۵۶۹-۵۷۰-۵۷۱-۵۷۲-۵۷۳-۵۷۴-۵۷۵-۵۷۶-۵۷۷-۵۷۸-۵۷۹-۵۸۰-۵۸۱-۵۸۲-۵۸۳-۵۸۴-۵۸۵-۵۸۶-۵۸۷-۵۸۸-۵۸۹-۵۹۰-۵۹۱-۵۹۲-۵۹۳-۵۹۴-۵۹۵-۵۹۶-۵۹۷-۵۹۸-۵۹۹-۶۰۰-۶۰۱-۶۰۲-۶۰۳-۶۰۴-۶۰۵-۶۰۶-۶۰۷-۶۰۸-۶۰۹-۶۱۰-۶۱۱-۶۱۲-۶۱۳-۶۱۴-۶۱۵-۶۱۶-۶۱۷-۶۱۸-۶۱۹-۶۲۰-۶۲۱-۶۲۲-۶۲۳-۶۲۴-۶۲۵-۶۲۶-۶۲۷-۶۲۸-۶۲۹-۶۳۰-۶۳۱-۶۳۲-۶۳۳-۶۳۴-۶۳۵-۶۳۶-۶۳۷-۶۳۸-۶۳۹-۶۴۰-۶۴۱-۶۴۲-۶۴۳-۶۴۴-۶۴۵-۶۴۶-۶۴۷-۶۴۸-۶۴۹-۶۵۰-۶۵۱-۶۵۲-۶۵۳-۶۵۴-۶۵۵-۶۵۶-۶۵۷-۶۵۸-۶۵۹-۶۶۰-۶۶۱-۶۶۲-۶۶۳-۶۶۴-۶۶۵-۶۶۶-۶۶۷-۶۶۸-۶۶۹-۶۷۰-۶۷۱-۶۷۲-۶۷۳-۶۷۴-۶۷۵-۶۷۶-۶۷۷-۶۷۸-۶۷۹-۶۸۰-۶۸۱-۶۸۲-۶۸۳-۶۸۴-۶۸۵-۶۸۶-۶۸۷-۶۸۸-۶۸۹-۶۹۰-۶۹۱-۶۹۲-۶۹۳-۶۹۴-۶۹۵-۶۹۶-۶۹۷-۶۹۸-۶۹۹-۷۰۰-۷۰۱-۷۰۲-۷۰۳-۷۰۴-۷۰۵-۷۰۶-۷۰۷-۷۰۸-۷۰۹-۷۱۰-۷۱۱-۷۱۲-۷۱۳-۷۱۴-۷۱۵-۷۱۶-۷۱۷-۷۱۸-۷۱۹-۷۲۰-۷۲۱-۷۲۲-۷۲۳-۷۲۴-۷۲۵-۷۲۶-۷۲۷-۷۲۸-۷۲۹-۷۳۰-۷۳۱-۷۳۲-۷۳۳-۷۳۴-۷۳۵-۷۳۶-۷۳۷-۷۳۸-۷۳۹-۷۴۰-۷۴۱-۷۴۲-۷۴۳-۷۴۴-۷۴۵-۷۴۶-۷۴۷-۷۴۸-۷۴۹-۷۵۰-۷۵۱-۷۵۲-۷۵۳-۷۵۴-۷۵۵-۷۵۶-۷۵۷-۷۵۸-۷۵۹-۷۶۰-۷۶۱-۷۶۲-۷۶۳-۷۶۴-۷۶۵-۷۶۶-۷۶۷-۷۶۸-۷۶۹-۷۷۰-۷۷۱-۷۷۲-۷۷۳-۷۷۴-۷۷۵-۷۷۶-۷۷۷-۷۷۸-۷۷۹-۷۸۰-۷۸۱-۷۸۲-۷۸۳-۷۸۴-۷۸۵-۷۸۶-۷۸۷-۷۸۸-۷۸۹-۷۹۰-۷۹۱-۷۹۲-۷۹۳-۷۹۴-۷۹۵-۷۹۶-۷۹۷-۷۹۸-۷۹۹-۸۰۰-۸۰۱-۸۰۲-۸۰۳-۸۰۴-۸۰۵-۸۰۶-۸۰۷-۸۰۸-۸۰۹-۸۱۰-۸۱۱-۸۱۲-۸۱۳-۸۱۴-۸۱۵-۸۱۶-۸۱۷-۸۱۸-۸۱۹-۸۲۰-۸۲۱-۸۲۲-۸۲۳-۸۲۴-۸۲۵-۸۲۶-۸۲۷-۸۲۸-۸۲۹-۸۳۰-۸۳۱-۸۳۲-۸۳۳-۸۳۴-۸۳۵-۸۳۶-۸۳۷-۸۳۸-۸۳۹-۸۴۰-۸۴۱-۸۴۲-۸۴۳-۸۴۴-۸۴۵-۸۴۶-۸۴۷-۸۴۸-۸۴۹-۸۵۰-۸۵۱-۸۵۲-۸۵۳-۸۵۴-۸۵۵-۸۵۶-۸۵۷-۸۵۸-۸۵۹-۸۶۰-۸۶۱-۸۶۲-۸۶۳-۸۶۴-۸۶۵-۸۶۶-۸۶۷-۸۶۸-۸۶۹-۸۷۰-۸۷۱-۸۷۲-۸۷۳-۸۷۴-۸۷۵-۸۷۶-۸۷۷-۸۷۸-۸۷۹-۸۸۰-۸۸۱-۸۸۲-۸۸۳-۸۸۴-۸۸۵-۸۸۶-۸۸۷-۸۸۸-۸۸۹-۸۹۰-۸۹۱-۸۹۲-۸۹۳-۸۹۴-۸۹۵-۸۹۶-۸۹۷-۸۹۸-۸۹۹-۹۰۰-۹۰۱-۹۰۲-۹۰۳-۹۰۴-۹۰۵-۹۰۶-۹۰۷-۹۰۸-۹۰۹-۹۱۰-۹۱۱-۹۱۲-۹۱۳-۹۱۴-۹۱۵-۹۱۶-۹۱۷-۹۱۸-۹۱۹-۹۲۰-۹۲۱-۹۲۲-۹۲۳-۹۲۴-۹۲۵-۹۲۶-۹۲۷-۹۲۸-۹۲۹-۹۳۰-۹۳۱-۹۳۲-۹۳۳-۹۳۴-۹۳۵-۹۳۶-۹۳۷-۹۳۸-۹۳۹-۹۴۰-۹۴۱-۹۴۲-۹۴۳-۹۴۴-۹۴۵-۹۴۶-۹۴۷-۹۴۸-۹۴۹-۹۵۰-۹۵۱-۹۵۲-۹۵۳-۹۵۴-۹۵۵-۹۵۶-۹۵۷-۹۵۸-۹۵۹-۹۶۰-۹۶۱-۹۶۲-۹۶۳-۹۶۴-۹۶۵-۹۶۶-۹۶۷-۹۶۸-۹۶۹-۹۷۰-۹۷۱-۹۷۲-۹۷۳-۹۷۴-۹۷۵-۹۷۶-۹۷۷-۹۷۸-۹۷۹-۹۸۰-۹۸۱-۹۸۲-۹۸۳-۹۸۴-۹۸۵-۹۸۶-۹۸۷-۹۸۸-۹۸۹-۹۹۰-۹۹۱-۹۹۲-۹۹۳-۹۹۴-۹۹۵-۹۹۶-۹۹۷-۹۹۸-۹۹۹-۱۰۰۰-۱۰۰۱-۱۰۰۲-۱۰۰۳-۱۰۰۴-۱۰۰۵-۱۰۰۶-۱۰۰۷-۱۰۰۸-۱۰۰۹-۱۰۱۰-۱۰۱۱-۱۰۱۲-۱۰۱۳-۱۰۱۴-۱۰۱۵-۱۰۱۶-۱۰۱۷-۱۰۱۸-۱۰۱۹-۱۰۲۰-۱۰۲۱-۱۰۲۲-۱۰۲۳-۱۰۲۴-۱۰۲۵-۱۰۲۶-۱۰۲۷-۱۰۲۸-۱۰۲۹-۱۰۳۰-۱۰۳۱-۱۰۳۲-۱۰۳۳-۱۰۳۴-۱۰۳۵-۱۰۳۶-۱۰۳۷-۱۰۳۸-۱۰۳۹-۱۰۴۰-۱۰۴۱-۱۰۴۲-۱۰۴۳-۱۰۴۴-۱۰۴۵-۱۰۴۶-۱۰۴۷-۱۰۴۸-۱۰۴۹-۱۰۵۰-۱۰۵۱-۱۰۵۲-۱۰۵۳-۱۰۵۴-۱۰۵۵-۱۰۵۶-۱۰۵۷-۱۰۵۸-۱۰۵۹-۱۰۶۰-۱۰۶۱-۱۰۶۲-۱۰۶۳-۱۰۶۴-۱۰۶۵-۱۰۶۶-۱۰۶۷-۱۰۶۸-۱۰۶۹-۱۰۷۰-۱۰۷۱-۱۰۷۲-۱۰۷۳-۱۰۷۴-۱۰۷۵-۱۰۷۶-۱۰۷۷-۱۰۷۸-۱۰۷۹-۱۰۸۰-۱۰۸۱-۱۰۸۲-۱۰۸۳-۱۰۸۴-۱۰۸۵-۱۰۸۶-۱۰۸۷-۱۰۸۸-۱۰۸۹-۱۰۹۰-۱۰۹۱-۱۰۹۲-۱۰۹۳-۱۰۹۴-۱۰۹۵-۱۰۹۶-۱۰۹۷-۱۰۹۸-۱۰۹۹-۱۱۰۰-۱۱۰۱-۱۱۰۲-۱۱۰۳-۱۱۰۴-۱۱۰۵-۱۱۰۶-۱۱۰۷-۱۱۰۸-۱۱۰۹-۱۱۱۰-۱۱۱۱-۱۱۱۲-۱۱۱۳-۱۱۱۴-۱۱۱۵-۱۱۱۶-۱۱۱۷-۱۱۱۸-۱۱۱۹-۱۱۲۰-۱۱۲۱-۱۱۲۲-۱۱۲۳-۱۱۲۴-۱۱۲۵-۱۱۲۶-۱۱۲۷-۱۱۲۸-۱۱۲۹-۱۱۳۰-۱۱۳۱-۱۱۳۲-۱۱۳۳-۱۱۳۴-۱۱۳۵-۱۱۳۶-۱۱۳۷-۱۱۳۸-۱۱۳۹-۱۱۴۰-۱۱۴۱-۱۱۴۲-۱۱۴۳-۱۱۴۴-۱۱۴۵-۱۱۴۶-۱۱۴۷-۱۱۴۸-۱۱۴۹-۱۱۵۰-۱۱۵۱-۱۱۵۲-۱۱۵۳-۱۱۵۴-۱۱۵۵-۱۱۵۶-۱۱۵۷-۱۱۵۸-۱۱۵۹-۱۱۶۰-۱۱۶۱-۱۱۶۲-۱۱۶۳-۱۱۶۴-۱۱۶۵-۱۱۶۶-۱۱۶۷-۱۱۶۸-۱۱۶۹-۱۱۷۰-۱۱۷۱-۱۱۷۲-۱۱۷۳-۱۱۷۴-۱۱۷۵-۱۱۷۶-۱۱۷۷-۱۱۷۸-۱۱۷۹-۱۱۸۰-۱۱۸۱-۱۱۸۲-۱۱۸۳-۱۱۸۴-۱۱۸۵-۱۱۸۶-۱۱۸۷-۱۱۸۸-۱۱۸۹-۱۱۹۰-۱۱۹۱-۱۱۹۲-۱۱۹۳-۱۱۹۴-۱۱۹۵-۱۱۹۶-۱۱۹۷-۱۱۹۸-۱۱۹۹-۱۲۰۰-۱۲۰۱-۱۲۰۲-۱۲۰۳-۱۲۰۴-۱۲۰۵-۱۲۰۶-۱۲۰۷-۱۲۰۸-۱۲۰۹-۱۲۱۰-۱۲۱۱-۱۲۱۲-۱۲۱۳-۱۲۱۴-۱۲۱۵-۱۲۱۶-۱۲۱۷-۱۲۱۸-۱۲۱۹-۱۲۲۰-۱۲۲۱-۱۲۲۲-۱۲۲۳-۱۲۲۴-۱۲۲۵-۱۲۲۶-۱۲۲۷-۱۲۲۸-۱۲۲۹-۱۲۳۰-۱۲۳۱-۱۲۳۲-۱۲۳۳-۱۲۳۴-۱۲۳۵-۱۲۳۶-۱۲۳۷-۱۲۳۸-۱۲۳۹-۱۲۴۰-۱۲۴۱-۱۲۴۲-۱۲۴۳-۱۲۴۴-۱۲۴۵-۱۲۴۶-۱۲۴۷-۱۲۴۸-۱۲۴۹-۱۲۵۰-۱۲۵۱-۱۲۵۲-۱۲۵۳-۱۲۵۴-۱۲۵۵-۱۲۵۶-۱۲۵۷-۱۲۵۸-۱۲۵۹-۱۲۶۰-۱۲۶۱-۱۲۶۲-۱۲۶۳-۱۲۶۴-۱۲۶۵-۱۲۶۶-۱۲۶۷-۱۲۶۸-۱۲۶۹-۱۲۷۰-۱۲۷۱-۱۲۷۲-۱۲۷۳-۱۲۷۴-۱۲۷۵-۱۲۷۶-۱۲۷۷-۱۲۷۸-۱۲۷۹-۱۲۸۰-۱۲۸۱-۱۲۸۲-۱۲۸۳-۱۲۸۴-۱۲۸۵-۱۲۸۶-۱۲۸۷-۱۲۸۸-۱۲۸۹-۱۲۹۰-۱۲۹۱-۱۲۹۲-۱۲۹۳-۱۲۹۴-۱۲۹۵-۱۲۹۶-۱۲۹۷-۱۲۹۸-۱۲۹۹-۱۳۰۰-۱۳۰۱-۱۳۰۲-۱۳۰۳-۱۳۰۴-۱۳۰۵-۱۳۰۶-۱۳۰۷-۱۳۰۸-۱۳۰۹-۱۳۱۰-۱۳۱۱-۱۳۱۲-۱۳۱۳-۱۳۱۴-۱۳۱۵-۱۳۱۶-۱۳۱۷-۱۳۱۸-۱۳۱۹-۱۳۲۰-۱۳۲۱-۱۳۲۲-۱۳۲۳-۱۳۲۴-۱۳۲۵-۱۳۲۶-۱۳۲۷-۱۳۲۸-۱۳۲۹-۱۳۳۰-۱۳۳۱-۱۳۳۲-۱۳۳۳-۱۳۳۴-۱۳۳۵-۱۳۳۶-۱۳۳۷-۱۳۳۸-۱۳۳۹-۱۳۴۰-۱۳۴۱-۱۳۴۲-۱۳۴۳-۱۳۴۴-۱۳۴۵-۱۳۴۶-۱۳۴۷-۱۳۴۸-۱۳۴۹-۱۳۵۰-۱۳۵۱-۱۳۵۲-۱۳۵۳-۱۳۵۴-۱۳۵۵-۱۳۵۶-۱۳۵۷-۱۳۵۸-۱۳۵۹-۱۳۶۰-۱۳۶۱-۱۳۶۲-۱۳۶۳-۱۳۶۴-۱۳۶۵-۱۳۶۶-۱۳۶۷-۱۳۶۸-۱۳۶۹-۱۳۷۰-۱۳۷۱-۱۳۷۲-۱۳۷۳-۱۳۷۴-۱۳۷۵-۱۳۷۶-۱۳۷۷-۱۳۷۸-۱۳۷۹-۱۳۸۰-۱۳۸۱-۱۳۸۲-۱۳۸۳-۱۳۸۴-۱۳۸۵-۱۳۸۶-۱۳۸۷-۱۳۸۸-۱۳۸۹-۱۳۹۰-۱۳۹۱-۱۳۹۲-۱۳۹۳-۱۳۹۴-۱۳۹۵-۱۳۹۶-۱۳۹۷-۱۳۹۸-۱۳۹۹-۱۴۰۰-۱۴۰۱-۱۴۰۲-۱۴۰۳-۱۴۰۴-۱۴۰۵-۱۴۰۶-۱۴۰۷-۱۴۰۸-۱۴۰۹-۱۴۱۰-۱۴۱۱-۱۴۱۲-۱۴۱۳-۱۴۱۴-۱۴۱۵-۱۴۱۶-۱۴۱۷-۱۴۱۸-۱۴۱۹-۱۴۲۰-۱۴۲۱-۱۴۲۲-۱۴۲۳-۱۴۲۴-۱۴۲۵-۱۴۲۶-۱۴۲۷-۱۴۲۸-۱۴۲۹-۱۴۳۰-۱۴۳۱-۱۴۳۲-۱۴۳۳-۱۴۳۴-۱۴۳۵-۱۴۳۶-۱۴۳۷-۱۴۳۸-۱۴۳۹-۱۴۴۰-۱۴۴۱-۱۴۴۲-۱۴۴۳-۱۴۴۴-۱۴۴۵-۱۴۴۶-۱۴۴۷-۱۴۴۸-۱۴۴۹-۱۴۵۰-۱۴۵۱-۱۴۵۲-۱۴۵۳-۱۴۵۴-۱۴۵۵-۱۴۵۶-۱۴۵۷-۱۴۵۸-۱۴۵۹-۱۴۶۰-۱۴۶۱-۱۴۶۲-۱۴۶۳-۱۴۶۴-۱۴۶۵-۱۴۶۶-۱۴۶۷-۱۴۶۸-۱۴۶۹-۱۴۷۰-۱۴۷۱-۱۴۷۲-۱۴۷۳-۱۴۷۴-۱۴۷۵-۱۴۷۶-۱۴۷۷-۱۴۷۸-۱۴۷۹-۱۴۸۰-۱۴۸۱-۱۴۸۲-۱۴۸۳-۱۴۸۴-۱۴۸۵-۱۴۸۶-۱۴۸۷-۱۴۸۸-۱۴۸۹-۱۴۹۰-۱۴۹۱-۱۴۹۲-۱۴۹۳-۱۴۹۴-۱۴۹۵-۱۴۹۶-۱۴۹۷-۱۴۹۸-۱۴۹۹-۱۵۰۰-۱۵۰۱-۱۵۰۲-۱۵۰۳-۱۵۰۴-۱۵۰۵-۱۵۰۶-۱۵۰۷-۱۵۰۸-۱۵۰۹-۱۵۱۰-۱



عنوان متغیرها	مستقل	وابسته	کمی		کیفی	تعریف علمی	مقیاس
			پیوسته	گسسته			
مزانشیمی						مزانشیمی دارند	لیومومی، لیومی
زمینه بیماری در پولیپ های آدنوماتوز	✓				✓	بیماری های که زمینه ای برای ایجاد پولیپ می تواند باشند و یا عدم هیچ زمینه خاص	اسپورادیک، IBD، فامیلیال
نوع پولیپ ادنوماتوز	✓				✓	طبقه بندی سهم اجزا ویلوس و توبولر در پولیپ ادنوماتوز	۱- ویلوس ۲- توبولر ۳- توبولو ویلوس
گرید هیستولوژیک پولیپ های آدنوماتوز	✓				✓	شدت تغییرات بدخیمی	۱- دیس پلازی خفیف ۲- دیس پلازی شدید ۳- مهاجم داخل مخاطی ۴- مهاجم زیر مخاطی

## روش اجرا و طراحی تحقیق

بعد از جدا کردن گزارشات پاتولوژی و همچنین گزارش کلونوسکوپی و فرم درخواست، پرسش نامه ای تنظیم شد که در آن سؤال های مربوط به موارد زیر مطرح شده بود:

۱. مشخصات مربوط به سن و جنس بیمار و سال انجام بیوپسی
۲. نوع کلونوسکوپی انجام شده (رکتوسیگموئیدسکوپی - کلونوسکوپی دیستال تا خم طحالی - کلونوسکوپی ترانسورس و کلونوسکوپی توتال) (کلونوسکوپی کوتاه جزو دسته ۲ قرار گرفت).
۳. علت کلونوسکوپی که خود بر ۳ اساس تقسیم بندی شد:
  - a. شکایت بالینی (درد شکمی - خونریزی رکتال - علایم مرتبط با IBD - علایم عمومی و شک به کانسر)
  - b. مراجعه جهت Follow up (یا فرد سابقه کانسر داشته یا سابقه IBD یا سابقه پولیپ قبلی و پولیپکتومیو یا سابقه خانوادگی پولیپ داشته)

c. مراجعه جهت Check up (سابقه کانسر در خانواده داشته یا جهت چک آپ عمومی و

بدون شکایت بالینی آمده بود)

۴. اطلاعات مربوط به پولیپ بیوپسی شده (محل آن- تعداد پولیپ در هر فرد- سایز آن و نوع

هیستولوژیک آن). و در مواردی که در پاتولوژی این اطلاعات وجود نداشت، شرح پاتولوژی و

لام‌ها بازبینی شد و نوع پولیپ مشخص گردید. در ضمن براساس تعداد کلونوسکوپی‌ها در زمان

مذکور، تعداد بیوپسی‌های انجام شده و تعداد پولیپ‌ها در کلونوسکوپی‌ها به تفکیک سنی و جنسی

هم بدست آمد.

بر اساس محل ، پولیپ‌ها در ۶ محل تقسیم‌بندی شدند (رکتوم- سیگموئید- کولون نزولی- کولون عرضی-

کولون صعودی و سکوم).

لازم به توضیح است که در بعضی از گزارش‌های کلونوسکوپی و پاتولوژی، کلمه خم طحالی ذکر شده بود

که جز کولون نزولی قرار گرفت و در بعضی موارد هم کلمه خم کبدی ذکر شده بود که جز دسته کولون

صعودی قرار گرفت.

همچنین در گزارش‌های کلونوسکوپی متأخر (بیشتر سال‌های ۸۸، ۸۹ و ۹۰) در بعضی موارد به جای ذکر

محل پولیپ فاصله آن از آنوس ذکر شده بود که براساس اطلاعات مندرج در کتب مرجع در مورد طول هر

کدام از بخش‌های روده بزرگ (کولون) (طول رکتوم حدود ۱۲cm، سیگموئید ۴۰cm، کولون نزولی

۲۵cm، ترانورس کولون ۵۰cm و کولون صعودی حدود ۱۵cm) اطلاعات تصحیح شدند.

براساس سایز هم پولیپ‌ها در ۶ دسته قرار گرفتند:

۱- کوچکتر از ۵mm

۲- ۶-۱۰mm

۳- ۱۱-۲۰mm

۴- ۲۱-۵۰mm

۵- بزرگتر از ۵۰mm

۶- سایز نامشخص

لازم به ذکر است که برخی از گزارشات کلونوسکوپی سایز به صورت دو قطر متفاوت قید شده بود که در اینجا اندازه بزرگ تر مبنا قرار گرفت.

همچنین در برخی از موارد هم سایز ذکر نشده بود ولی ذکر شده بود که بیمار پولیپکتومی شده است و در برکه مربوط به گزارش پاتولوژی سایز توده برداشته شده ذکر شده بود که همان به عنوان سایز در نظر گرفته شد (در کل ۴۶ مورد پولیپکتومی داشتیم).

در مورد نوع پولیپ (مشخصات هیستولوژیک) هم پولیپ ها به ۴ دسته کلی تقسیم شدند:

۱- اپی تلیالی (که خود به ۳ دسته: هیپرپلاستیک، آدنوماتوز و مخلوط (serrated) تقسیم شدند).

۲- التهابی (Inflammatory) که خودشان یا در زمینه IBD بودند یا در زمینه ی پرولاپس مخاط و یا بدون زمینه ی مشخص.

۳- هامارتومی که خود در ۲ دسته جوانان (Juvenile)(Retention) و پوتز جگرز قرار گرفتند.

۴- مزانشیمی که در ۴ گروه واسکولیتی (عروقی)، لیپومی، لنفوئیدی و فیبروئیدی قرار گرفتند.

در برگه های پرسش نامه یک بخش درباره اطلاعات مربوط به پولیپ های آدنوماتوز گنجانده شده بود که موارد زیر را در بر می گرفت:

۱- زمینه آدنوماتوز که یا پولیپ در زمینه‌ی IBD بوده و یا در زمینه‌ی فامیلیال و یا اسپورادیک (تک گیر).

۲- درجه تغییرات پولیپ که در گزارش‌های پاتولوژی به ۳ شکل ذکر شده بود (دیسپلازی خفیف- متوسط و شدید) که در نهایت در ۲ دسته کلی low grade و high grade قرار گرفت.

۳- زیرگروه هیستولوژیک (ویلوس، توبولر یا توبولوویلوس)

۴- میزان تهاجم که به ۲ دسته تهاجم داخل مخاطی و زیرمخاطی تقسیم شدند. که البته مورد دوم در همه موارد، بررسی میزان تهاجم امکان‌پذیر نبوده و در یک دسته جداگانه قرار گرفتند.

براساس ویژگی‌های ذکر شده برای پولیپ‌های آدنوماتوز، آنها به ۲ گروه low risk و high risk تقسیم شدند. به این ترتیب که:

High risk : یا ساینز پولیپ  $< 1\text{cm}$ ، یا نمای ویلوس یا توبولوویلوس داشته و یا دیسپلازی از نوع شدید باشد (H.G(High Grade))

Low risk : ساینز پولیپ  $\geq 1\text{cm}$ ، نمای توبولر داشته و دیسپلازی از نوع خفیف یا متوسط باشد (L.G(Low grade))

در بخش مربوط به آدنوماتوزها، تعدادی از موارد در قسمت نوع پولیپ واژه‌ی Adenocarcinoma arising from adenomatous polyp ذکر شده بود که اینها در واقع پولیپ‌های آدنوماتوزی هستند که درجه دیسپلازی بالا و تهاجم داخل مخاطی و یا حتی زیرمخاطی هم داشته ولی به شکل پولیپ در کلونوسکوپی دیده شده بودند و جز دسته آدنوماتوز قرار می‌گرفتند.

براساس تعداد هم‌ما پولیپ‌ها را در ۶ گروه قرار دادیم:

- ۱- یک پولیپ
- ۲- دو پولیپ
- ۳- سه پولیپ
- ۴- ۴ تا ۱۰ پولیپ
- ۵- ۱۱ تا ۳۰ پولیپ و
- ۶- بیشتر از ۳۰ پولیپ

در قسمت مربوط به تعداد پولیپ‌ها هم با توجه به مطالبی که در رفرنس‌ها در مورد سندرم‌های

پولیپوز

ذکر شده بود، تعداد این موارد هم مشخص شد.

با در نظر گرفتن مطالب ذکر شده تعدادی از بیماران به دلایل زیر از مطالعه خارج شدند:

۱- مواردی که در کلونوسکوپی پولیپ گزارش شده ولی در پاتولوژی چه در تشخیص و چه از نظر

میکروسکوپی و مفهومی پولیپ دیده نشده است که این خود به علل مختلف می‌تواند باشد:

a. اشکال تکنیکی در برداشت دقیق ضایعه که این مسأله در پولیپ‌های کوچک اتفاق می‌افتد

یا در پولیپ‌های بزرگ به این صورت بوده که پولیپ خارج شده و بیوپسی از محل

برداشت پولیپ بوده است بنابراین نمای هیستولوژیکی از پولیپ وجود نداشته است.

b. برجستگی مخاطی که به شکل پولیپ تظاهر پیدا می‌کند (Mucosal Tag)

C. مواد فکالوئید که بیمار دفع کرده و تصور کرده که پولیپ خارج شده است ولی در بررسی

میکروسکوپی پولیپ نبوده است.

۲- مواردی که در گزارش کلونوسکوپی نامی از پولیپ نبوده ولی در بررسی میکروسکوپی

پولیپ گزارش شده است که به این موارد پولیپهای پهن هم اطلاق میشود.

۳- توده های تومورال که به شکل توده وسیع بوده و نه یک پولیپ و تشخیص پاتولوژی

آدنوکارسینوم بوده حتی اگر در بررسی میکروسکوپی شواهدی به نفع تغییرات آدنومی در آنها

وجود داشته است.

۴- مواردی که به دلیل نقص شدید اطلاعات بالینی اعم از ناقص بودن شرح حال، محل بیوپسی،

سایز و یا نوع پولیپ وارد مطالعه نشدند.

لازم به توضیح است که بیمارانی که ۲ یا چند بار مراجعه کرده اند بعنوان یک بیمار در نظر گرفته شده و

تعداد پولیپ ها هم در مجموع ۲ گزارش حساب شدند. که تعداد موارد فوق الذکر در ادامه خواهد آمد.

در مواردی که هم مشکل یا شک در تشخیص ضایعه پولیپی وجود داشت، لام ها دوباره بازبینی شده و در

صورت امکان اطلاعات ناقص کامل شدند.

برای این مطالعه ۲ نوع data base استفاده شد:

۱- براساس خود بیمار (مثلاً بیمار هر چند بار که مراجعه کرده بود همه ی آنها یک مورد در نظر گرفته

شد).

۲- براساس مجموعه ی پولیپ ها (یعنی در اینجا در نظر گرفته نشد که بیمار چند بار مراجعه کرده و

همه ی آن موارد هر کدام بعنوان یک پولیپ در نظر گرفته شدند).

مجموع اطلاعات ذکر شده جمع آوری شدند تا بتوان براساس آنها به جواب سئوالات مطرح شده در اهداف طرح دست یافت.

برای تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS 16 و روش های آمار توصیفی مانند استفاده از جدول و نمودارهای فراوانی استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین متغیر های مختلف از آزمون های آماری نظیر ANOVA, chi square, t-test و محاسبه somer's d بهره گرفته شد.

### محدودیت های مطالعه

در این مطالعه یک سری محدودیت وجود داشت که به قرار زیراند:

- ۱- نقایصی که در پرونده ها بخصوص پرونده های مربوط به سال های اول وجود داشت بخصوص در مورد ساینز و محل پولیپ ها که این به نوبه خود باعث خارج شدن یک سری از بیماران از مطالعه هم شد.
- ۲- چون مطالعه ما گذشته نگر بوده و دسترسی به بیماران وجود نداشت بعضی عوامل مثل ریسک فاکتورها (سوابق بیماری و شکایت بالینی) امکان بررسی شان بطور کامل وجود نداشت.
- ۳- همانطور که قبلاً هم ذکر شد چون اکثر موارد ما بیوپسی بوده و پولیپکتومی بطور کامل انجام نشده بود در اکثر موارد امکان تعیین میزان بدخیمی و تهاجم پولیپ ها امکان پذیر نبود.
- ۴- چون تعداد کلونوسکوپی توتال انجام شده در مطالعه ما کمتر بوده امکان تشخیص داده نشدن ضایعات پروگزیمال تر هم قطعاً وجود داشته.
- ۵- امکان بررسی عوامل مهمی مثل ژنتیک که نقش مهمی بخصوص در انواع سندرم های پولیپوز بازی می کند هم بخاطر محدودیت ها وجود نداشت.

### ملاحظات اخلاقی (Ethical Review):

در این مطالعه اطلاعات مربوط به بیماران محرمانه باقی ماند و اسامی بیماران مشخص نخواهد شد و از آنجا که مطالعه ما گذشته نگر بود ملاحظات اخلاقی خاصی نداشت.



## فصل چهارم:

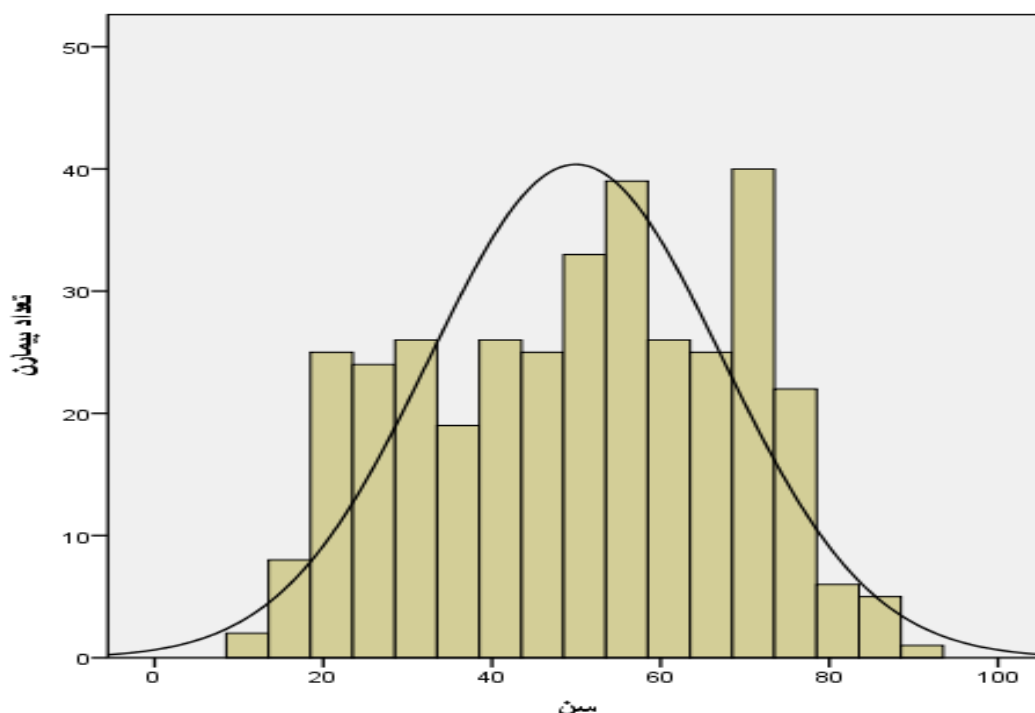
### یافته ها

نتایج زیر براساس اهداف مربوط به طرح و به وسیله اطلاعات بدست آمده از روش های آمار توصیفی حاصل شد:

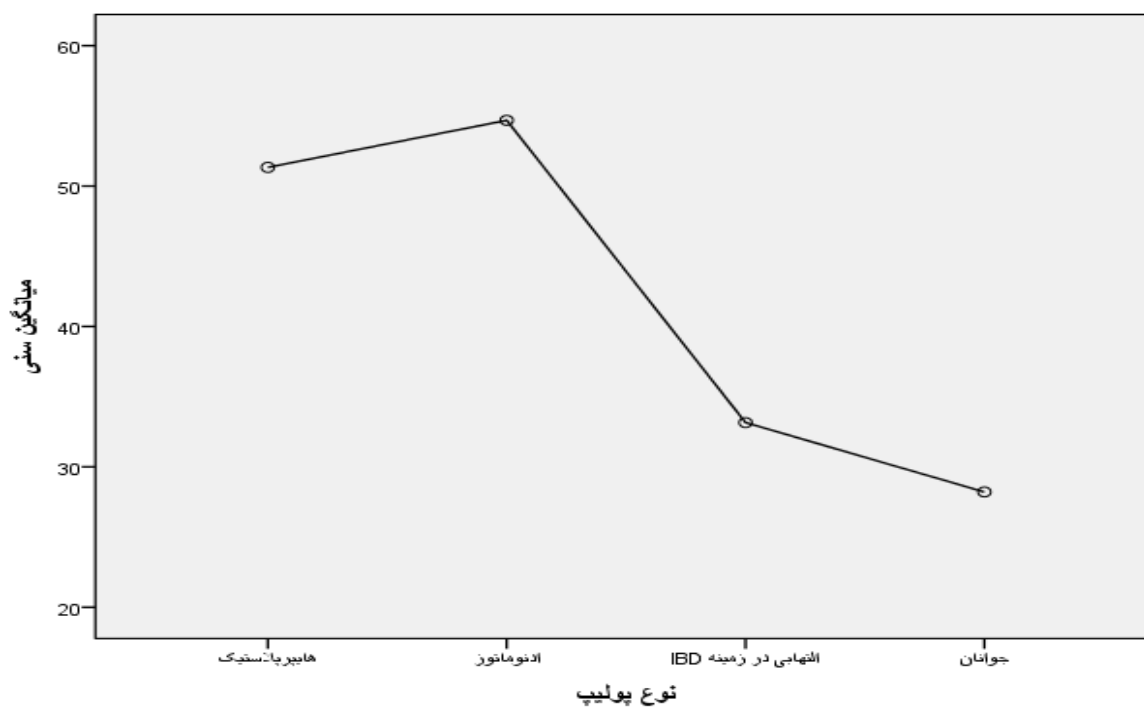
در کل ۳۵۲ بیمار وارد مطالعه شدند که مجموعاً ۳۸۹ پولیپ نمونه برداری شده داشتند.

لازم به ذکر است که این ۳۵۲ بیمار از مجموع ۲۸۸۲ مورد بیوپسی بودند که در طول ۱۰ سال مطالعه ما انجام شده بود (۱۵۴۶ مرد و ۱۳۳۶ زن که نسبت مرد به زن ۱.۱۵ بوده است).

میانگین سنی بیماران  $50.05 \pm 18.28$  بود. بیشترین فراوانی مربوط به ۵۷ سالگی بود. کمترین سن ۱۱ سالگی و مُسن ترین بیمار ۹۰ ساله بود.



نمودار ۱- توزیع سنی بیماران بر حسب فراوانی

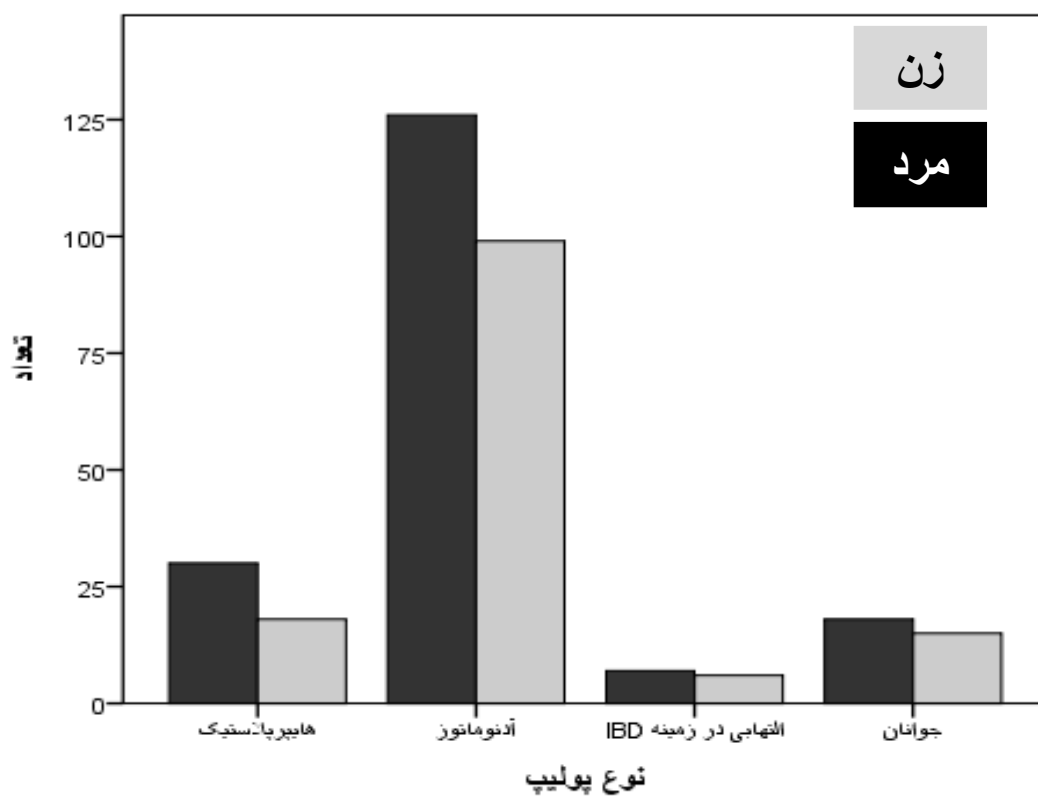


## نمودار ۲- میانگین سنی انواع شایعتر پولیپ

از ۳۵۲ بیمار، ۱۹۹ نفر مرد (۵۶/۵ درصد) و ۱۵۳ نفر زن بودند (۴۳/۵ درصد).

## جدول ۱- فراوانی بیماران بر حسب جنس

جنس	تعداد	درصد
مذکر	۱۹۹	۵۶.۵
مؤنث	۱۵۳	۴۳.۵



نمودار ۳- توزیع جنسی انواع شایعتر پولیپ

جدول ۲- مشخصات دموگرافیک انواع پولیپها بر حسب تعداد بیماران

جنسیت	تعداد	میانگین سنی	انواع پولیپ	
			مذكر	مؤنث
هایپر پلاستیک	۴۸	۵۱.۳۳	۳۰ (۶۲.۵٪)	۱۸ (۳۷.۵٪)
آدنوماتوز	۲۲۵	۵۴.۶۸	۱۲۶ (۵۶.۰٪)	۹۹ (۴۴.۰٪)
مخلوط (serrated)	۸	۵۹.۰۰	۵ (۶۲.۵٪)	۳ (۳۷.۵٪)
التهابی در زمینه IBD	۱۳	۳۳.۱۵	۷ (۵۳.۸٪)	۶ (۴۶.۲٪)
التهابی در زمینه پرولاپس مخاط	۵	۳۸.۶۰	۲ (۴۰.۰٪)	۳ (۶۰.۰٪)
التهابی بدون زمینه مشخص	۹	۴۶.۶۷	۳ (۳۳.۳٪)	۶ (۶۶.۷٪)
جوانان	۳۳	۲۸.۲۱	۱۸ (۵۴.۵٪)	۱۵ (۴۵.۵٪)
پوتز جگرز	۷	۳۷.۵۳	۴ (۵۷.۱٪)	۳ (۴۲.۹٪)
لیپومی	۱	۴۱.۰۰	۱ (۱۰۰٪)	۰
لنفوئیدی	۱	۵۸.۰۰	۱ (۱۰۰٪)	۰
فیروئیدی	۲	۲۰.۰۰	۲ (۱۰۰٪)	۰
مجموع	۳۵۲	۵۰.۰۵	۱۹۹ (۵۶.۵٪)	۱۵۳ (۴۳.۵٪)

از نظر سال مطالعه بیشترین فراوانی بیماران مربوط به سال آخر مطالعه یعنی ۱۳۹۰ بود که ۷۶ بیمار در این سال بیوپسی از پولیپ روده شان داشتند. کمترین فراوانی هم مربوط به سال ۱۳۸۳ بوده که فقط ۱۳ بیمار در این سال بیوپسی شده بودند.

### جدول ۳- تعداد بیوپسی از روده بزرگ و تعداد بیماران بر حسب سال مطالعه

نسبت پولیپ به بیوپسی (در صد)	تعداد بیماران بیوپسی شده از پولیپ	تعداد بیوپسی از روده بزرگ			سال مطالعه
		مجموع	زن	مرد	
۱۰.۴۲	۱۷	۱۶۳	۷۰	۹۳	۸۱
۱۵.۰۲	۲۹	۱۹۳	۹۲	۱۰۱	۸۲
۱۰.۰۷	۱۳	۱۲۹	۶۴	۶۵	۸۳
۱۲.۶۲	۲۶	۲۰۶	۱۰۱	۱۰۵	۸۴
۱۳.۱۸	۳۶	۲۷۶	۱۲۳	۱۵۳	۸۵
۱۵.۸۹	۲۴	۱۵۴	۷۱	۸۳	۸۶
۹.۴۲	۲۳	۲۴۴	۱۱۸	۱۲۶	۸۷
۱۰.۷۹	۴۶	۴۲۶	۱۹۵	۲۳۱	۸۸
۱۱.۲۱	۶۲	۵۵۳	۲۳۸	۳۱۵	۸۹
۱۴.۱۲	۷۶	۵۳۸	۲۶۴	۲۷۴	۹۰
۱۲.۲۱	۳۵۲	۲۸۸۲	۱۳۳۶	۱۵۴۶	مجموع

از نظر ساینز پولیپ‌ها، با توجه به تقسیم‌بندی‌های انجام شده از مجموع ۳۸۹ پولیپی که در ۳۵۲ بیمار داشتیم:

- ۱۳۷ پولیپ در گروه ۱ (ساینز کمتر از ۵mm) (۳۵/۲ درصد)
- ۲۳ پولیپ در گروه ۲ (ساینز بین ۵-۱۰mm) (۵/۹ درصد)
- ۱۴۰ پولیپ در گروه ۳ (ساینز بین ۱۱-۲۰mm) (۳۵/۹ درصد)
- ۳۰ پولیپ در گروه ۴ (ساینز بین ۲۱-۵۰mm) (۷/۷۱ درصد)
- ۷ پولیپ در گروه ۵ (ساینز بزرگ‌تر از ۵۰mm) (۱/۷۹ درصد)

قرار گرفتند

و البته لازم به ذکر است که تعداد ۵۲ پولیپ (۱۳/۴ درصد) هم ساینز نامشخص داشتند. (در پرونده‌ها ذکر نشده بود).

در تقسیم‌بندی زیر گروه‌های پولیپ‌ها برحسب ساینز نکات زیر قابل ذکر است:

اکثریت پولیپ‌های هایپرپلاستیک ساینز کمتر از ۵mm داشتند (۶۴/۶ درصد) و عمده پولیپ‌های Juvenile ساینز بین ۱۱-۲۰mm داشتند (۵۷/۶ درصد) که این قضیه در مورد پولیپ‌های پوتز-جگرز هم صدق می‌کرد (۷۱/۴ درصد پوتز-جگرزها ساینز بین ۱۱-۲۰mm داشتند).

جدول ۴- فراوانی پولیپهای کولون بر حسب ساینز

اندازه	تعداد	درصد
$\geq 5\text{mm}$	۱۳۷	۳۵.۲
۶-۱۰	۲۳	۵.۹
۱۱-۲۰	۱۴۰	۳۵.۹
۲۱-۵۰	۳۰	۷.۷
$< 50$	۷	۱.۸
نامشخص	۵۲	۱۳.۵
مجموع	۳۸۹	۱۰۰



جدول ۵- فراوانی زیرگروه های پولیپهای کولون بر حسب سائز

هستولوژی	$\geq 5\text{mm}$	۶-۱۰	۱۱-۲۰	۲۱-۵۰	$< 50$	نامشخص	مجموع
هایپرپلاستیک	۳۲	۲	۸	۰	۰	۸	۵۰
آدنوماتوز	۸۴	۱۷	۹۴	۲۵	۶	۲۴	۲۵۰
مخلوط (serrated)	۶	۱	۲	۰	۰	۲	۱۱
التهابی در زمینه IBD	۶	۰	۲	۰	۰	۷	۱۵
التهابی در زمینه پرولاپس مخاط	۱	۰	۲	۰	۰	۲	۵
التهابی بدون زمینه مشخص	۴	۰	۲	۰	۱	۴	۱۱
جوانان	۴	۳	۲۰	۲	۰	۵	۳۴
پوتز-جگرز	۱	۰	۵	۱	۰	۰	۷
فیروئیدی	۰	۰	۱	۰	۰	۱	۲
لیپومی	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۱
لنفوئیدی	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۲
واسکولیتی	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱
مجموع	۱۳۷	۲۳	۱۴۰	۳۰	۷	۵۲	۳۸۹

از مجموع ۳۵۲ بیمار، تعداد کسانی که پولیپ منفرد داشتند، ۲۹۷ نفر (۸۴/۴ درصد)، تعداد کسانی که ۲ پولیپ داشتند ۲۸ نفر (۸ درصد)، تعداد کسانی که ۳ پولیپ داشتند: ۱۱ نفر (۳/۱ درصد)، تعداد کسانی که ۴ تا ۱۰ پولیپ داشتند، ۶ نفر (۱/۷ درصد)، کیس هایی بین ۱۱ تا ۳۰ پولیپ داشتند هم ۶ نفر (۱/۷ درصد) و مواردی که فرد بیش از ۳۰ پولیپ داشته هم ۴ مورد بوده (۱/۱ درصد).

#### جدول ۶- فراوانی پولیپهای کولون بر حسب تعداد پولیپ ها در هر فرد

تعداد پولیپها در هر فرد	تعداد	درصد
۱	۲۹۷	۸۴.۴
۲	۲۸	۸.۰
۳	۱۱	۳.۱
۴-۱۰	۶	۱.۷
۱۱-۳۰	۶	۱.۷
< ۳۰	۴	۱.۱
مجموع	۳۵۲	۱۰۰

این نکته هم قابل ذکر است که ما مجموعاً ۱۹ بیمار داشتیم که ۲ بار مراجعه کرده بودند که همانطور که قبلاً گفته شد، این افراد را هم جز موارد ۲ یا چند پولیپ قرار دادیم و اکثر موارد هم پولیپها در هر ۲ بار مراجعه از نوع آدنوماتوز بودند.

از ۱۹ مورد فوق الذکر، یک بیمار هم بود که ۴ بار طی ۳ سال مختلف مراجعه کرده بود (خانمی ۵۲ ساله با رکتورژی) که همه پولیپها در این فرد از نوع آدنوماتوز بودند.

با توجه به تعاریفی که در ابتدای بحث در مورد سندرمهای پولیپوز بیان شد، موارد زیر در بیماران مورد مطالعه ما، مشاهده شد:

✓ ۱۰ مورد فامیلیال آدنوماتوز پولیپوزیس (FAP)

✓ یک مورد سندرم پولیپوز جوانان (JPS) که ۲ بار هم مراجعه کرده بود

✓ و یک مورد هم سندرم پوتز-جگرز که وی هم ۲ بار مراجعه کرده بود

از مجموع ۳۸۹ پولیپی که در ۳۵۲ بیمار، بیوپسی شده بود:

تعداد ۱۲۸ پولیپ در رکتوم (۳۲/۹ درصد)، ۱۵۳ پولیپ در سیگموئید (۳۹/۳ درصد)، ۶۹ پولیپ در کولون

نزولی (۱۷/۷ درصد)، ۱۸ پولیپ در کولون ترانسورس یا عرضی (۴/۶ درصد)، ۱۸ پولیپ در کولون صعودی

(۴/۶ درصد) و ۳ پولیپ هم در سکوم قرار داشتند (۰/۸ درصد) که همان طور که مشاهده می شود بیشترین

فراوانی مربوط به ناحیه دیستال بوده (رکتوم و سیگموئید).

در مورد انواع پولیپ و محل آناتومیک آنها هم موارد زیر قابل ذکر است:

- اکثر پولیپ های هایپرپلاستیک در رکتوم قرار دارند (۵۲/۱ درصد)
- اکثر پولیپ های آدنوماتوز در سیگموئید قرار داشتند (۴۶ درصد)
- اکثر پولیپ های التهابی هم در رکتوم واقع شده بودند (۴۴/۴ درصد)
- بیشتر پولیپ های juvenile هم در رکتوم واقع شده بودند (۶۰/۶ درصد).

☑ نوع کلونوسکوپی انجام شده در ۱۰ سال مورد مطالعه به این ترتیب بوده که:

95 مورد (27 درصد) رکتوسیگموئیدسکوپی، ۳۸ مورد (۱۰/7 درصد) کلونوسکوپی تا خم طحالی و 219

مورد (62/3 درصد) هم کلونوسکوپی بصورت توتال انجام شده بود.

جدول ۲- فراوانی پولیپهای کولون بر حسب محل آناتومیک

محل آناتومیک	تعداد	درصد
رکتوم	۱۲۸	۳۲.۹
سیگموئید	۱۵۳	۳۹.۳
کولون نزولی	۶۹	۱۷.۷
کولون عرضی	۱۸	۴.۶
کولون صعودی	۱۸	۴.۶
سکوم	۳	۰.۸
مجموع	۳۸۹	۱۰۰

جدول ۸- فراوانی زیر گروه های پولیپهای کولون بر حسب محل آناتومیک

هیستولوژی	رکتوم	سیگموئید	کولون نزولی	کولون عرضی	کولون صعودی	سکوم	مجموع
هایپرپلاستیک	۲۶	۱۴	۶	۴	۰	۰	۵۰
آدنوماتوز	۶۴	۱۱۵	۴۴	۹	۱۵	۳	۲۵۰
مخلوط (serrated)	۰	۶	۳	۱	۱	۰	۱۱
التهابی در زمینه IBD	۴	۴	۶	۱	۰	۰	۱۵
التهابی در زمینه پرولاپس مخاط	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۵
التهابی بدون زمینه مشخص	۴	۴	۲	۰	۰	۱	۱۱
جوانان	۲۰	۵	۶	۲	۱	۰	۳۴
پوتز-جگرز	۳	۱	۲	۱	۰	۰	۷
فیروئیدی	۰	۱	۰	۰	۱	۰	۲
لیومی	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۱
لنفوئیدی	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۲
واسکولیتی	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱
مجموع	۱۲۸	۱۵۳	۶۹	۱۸	۱۸	۴	۳۸۹

براساس گروه های هیستولوژیک پولیپ ها در ۴ دسته کلی: اپی تلیالی، التهابی، هامارتومی و مزانشیمی به نحوه ی زیر قرار گرفتند:

از ۳۸۹ مورد کل پولیپ ها:

۳۱۱ عدد در دسته ای اپی تلیال (۷۹/۹ درصد)، ۳۱ عدد در دسته ی التهابی (۸ درصد)، ۴۱ پولیپ در دسته ی هامارتومی (۱۰/۵ درصد)، ۶ پولیپ هم در گروه مزانشیمی (۱/۵ درصد) قرار گرفتند.

### جدول ۹- فراوانی پولیپ های کولون بر حسب گروه ها و زیر گروه های هیستولوژیک

درصد	تعداد	هیستولوژی	
		زیر گروه	گروه
۱۲.۸	۵۰	هایپر پلاستیک	اپیتلیالی (311) (۷۹.۹٪)
۶۴.۵	۲۵۰	آدنوماتوز	
۲.۸	۱۱	مخلوط (serrated)	
۳.۸۵	۱۵	در زمینه IBD	التهابی (31) (۸٪)
۱.۲۸	۵	در زمینه پرولاپس مخاط	
۲.۵۷	۱۱	بدون زمینه مشخص	
۸.۷	۳۴	جوانان	هامارتومی (41) (۱۰.۵٪)
۱.۷۹	۷	پوتز-جگرز	
۰.۵	۲	فیبروئیدی	مزانشیمی (6) (۱.۵٪)
۰.۵	۲	لیپومی	
۰.۲۵	۱	لنفوئیدی	
۰.۲۵	۱	واسکولیتی	
۱۰۰	۳۸۹	مجموع	

و براساس زیر گروه‌های هیستولوژیک هم پولیپ‌ها به ترتیب زیر قرار گرفتند:

در دسته اپی‌تلیالی‌ها: ۵۰ پولیپ در زیر گروه هایپرپلاستیک (۱۲/۸ درصد کل)، ۲۵۰ پولیپ در زیر گروه

آدنوماتوز (۶۴/۵ درصد کل) و ۱۱ پولیپ هم در زیر گروه serrated قرار گرفتند (۲/۸ درصد کل).

در دسته‌ی التهابی‌ها: ۱۵ مورد (۳/۸۵ درصد از کل) پولیپ‌های التهابی در زمینه‌ی IBD، ۵ مورد

(۱/۲۸ درصد کل) در زمینه‌ی پرولاپس مخاط و ۱۱ مورد (۲/۵۷ درصد کل) هم بدون زمینه‌ی مشخص بودند.

در دسته‌ی هارمارتومی که ۴۱ پولیپ داشتیم: ۳۴ پولیپ از نوع جوانان (Juvenile) (۸/۷ درصد کل) و ۷

پولیپ هم از نوع پوتز-جگرز (۱/۷۹ درصد کل) بود.

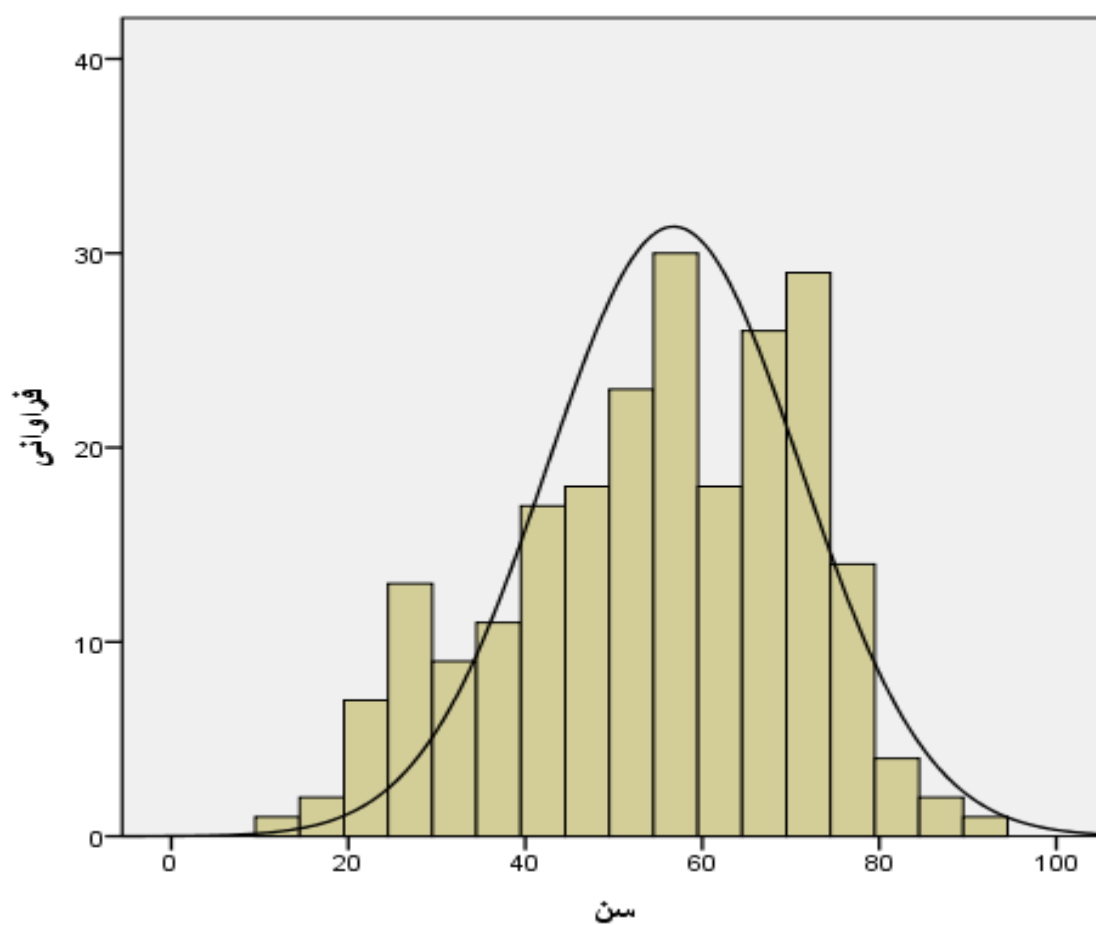
در دسته‌ی مزانشیمی‌ها هم از ۶ موردی که داشتیم: ۲ مورد از نوع فیروئیدی (۰/۵ درصد کل)، ۲ مورد از

نوع لیپومی (۰/۵ درصد کل)، یک مورد از نوع لنفوئیدی (۰/۲۵ درصد کل) و یک مورد هم از نوع

واسکولیتی (۰/۲۵ درصد کل) بود.

در دسته‌ی پولیپ‌های آدنوماتوز میانگین سنی  $54/68 \pm 16/35$  بود و بیشترین فراوانی مربوط به سن ۵۷

سالگی بود. کمترین سن ۱۲ و بیشترین سن ۹۰ سال بود.



نمودار ۴- توزیع سنی پولیپهای آدنوماتوز بر حسب فراوانی



از ۲۲۵ بیماری که پولیپ آدنوماتوز داشتند، ۱۲۶ نفر مرد (۵۶درصد) و ۹۹ نفر زن بودند (۴۴درصد).

#### جدول ۱۰- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز بر حسب جنس

جنس	تعداد	درصد
مذکر	۱۲۶	۵۶
مؤنث	۹۹	۴۴

از ۲۲۵ بیمار، ۱۸۹ مورد پولیپ منفرد داشتند (۸۴درصد). ۱۸ بیمار ۲ عدد پولیپ داشتند (۸درصد). تعداد

بیماران ۳ پولیپه، ۹ نفر بود (۴درصد).

یک بیمار ۴ پولیپ، یک بیمار ۱۰ پولیپ، یک بیمار ۱۵ پولیپ، ۳ بیمار ۳۰ پولیپ و ۳ بیمار هم ۱۰۰ عدد

پولیپ داشتند.

### جدول ۱۱- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز بر حسب تعداد پولیپ

درصد	تعداد	تعداد پولیپهای آدنوماتوز در هر فرد
۸۴	۱۸۹	۱
۸	۱۸	۲
۴	۹	۳
۰.۴	۱	۴
۰.۴	۱	۱۰
۰.۴	۱	۱۵
۱.۳	۳	۳۰
۱.۳	۳	۱۰۰
۱۰۰	۲۲۵	مجموع

از مجموع ۲۵۰ تعداد پولیپ آدنوماتوزی که داشتیم: ۸۴ پولیپ سائز کمتر از ۵mm داشتند (۳۳درصد). ۱۷ پولیپ سائز ۶-۱۰mm داشتند (۶/۹درصد). ۹۴ پولیپ سائز ۱۱-۲۰mm داشته (۳۷/۸درصد). ۲۵ پولیپ سائز ۲۱-۵۰mm داشته (۱۰درصد). ۶ پولیپ سائز بالای ۵۰mm داشته (۲/۵درصد) و ۲۴ پولیپ هم سائز نامشخص داشتند (۹/۸درصد).

#### جدول ۱۲- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز کولون بر حسب سائز

اندازه	تعداد	درصد
$\geq 5\text{mm}$	۸۴	۳۳
۶ - ۱۰	۱۷	۶.۹
۱۱ - ۲۰	۹۴	۳۷.۸
۲۱ - ۵۰	۲۵	۱۰
$< 50$	۶	۲.۵
نامشخص	۲۴	۹.۸
مجموع	۲۵۰	۱۰۰

توزیع مکانی پولپ های ادنوماتوز به صورت زیر بود:

۶۴ پولپ در رکتوم (۲۵/۶ درصد)، ۱۱۵ عدد در سیگموئید (۴۶ درصد)، ۴۴ پولپ در کولون نزولی (۱۷/۶ درصد)، ۹ پولپ در کولون عرضی (۳/۶ درصد)، ۱۵ پولپ در کولون صعودی (۶ درصد) و در نهایت ۳ پولپ هم در ناحیه ی سکوم دیده شد (۱/۲ درصد).

### جدول ۱۳- فراوانی پولپهای آدنوماتوز کولون بر حسب محل آناتومیک

محل آناتومیک	تعداد	درصد
رکتوم	۶۴	۲۵.۶
سیگموئید	۱۱۵	۴۶
کولون نزولی	۴۴	۱۷.۶
کولون عرضی	۹	۳.۶
کولون صعودی	۱۵	۶
سکوم	۳	۱.۲
مجموع	۲۵۰	۱۰۰

از نظر زمینه‌ی بیماری در پولیپ‌های آدنوماتوز: پولیپ های ۷ بیمار در زمینه IBD (۳/۱ درصد)، ۸ بیمار در زمینه سابقه‌ی خانوادگی پولیپ‌های آدنوماتوز (FAP) (۳/۶ درصد) و ۲۱۰ بیمار هم بدون زمینه‌ی مشخص (اسپورادیک) (۹۳/۳ درصد) بودند.

جدول ۱۴- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز بر حسب زمینه بیماری

درصد	تعداد	زمینه
۳.۱	۷	IBD
۳.۶	۸	FAP
۹۳.۳	۲۱۰	بدون زمینه مشخص
۱۰۰	۲۲۵	مجموع

از لحاظ درجه تغییرات (دیسپلازی) در پولیپ های آدنوماتوز در مجموع ۲۶۱ پولیپی که با احتساب پولیپ های مخلوط (serrated) (جزء آدنوماتوز این پولیپ ها) داشتیم: ۲۲۸ پولیپ در گروه Low Grade dysplasia (۸۷/۳ درصد) و ۳۳ پولیپ هم در گروه High Grade dysplasia (۱۲/۷ درصد) قرار گرفتند.

جدول ۱۵- فراوانی پولیپ های آدنوماتوز و serrated (مخلوط) بر حسب درجه تغییرات (دیسپلازی)

درجه تغییرات	تعداد	درصد
Low grade dysplasia	۲۲۸	۸۷.۳
High grade dysplasia	۳۳	۱۲.۷
مجموع	۲۶۱	۱۰۰

از جهت زیر گروه هیستولوژیک در پولیپ های آدنوماتوز و serrated از مجموع ۲۶۱ پولیپ: ۱۹۱ پولیپ از نوع توبولار بوده (۷۳/۲ درصد)، ۳۲ پولیپ از دسته ویلوس (۱۲/۲ درصد) و ۳۸ پولیپ هم مخلوط توبولو ویلوس بودند (۱۴/۶ درصد).

### جدول ۱۶- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز و serrated (مخلوط) بر حسب زیر گروه

#### هیستولوژیک

زیر گروه هیستولوژیک	تعداد	درصد
توبولار	۱۹۱	۷۳.۲
ویلوس	۳۲	۱۲.۲
توبولو ویلوس	۳۸	۱۴.۶
مجموع	۲۶۱	۱۰۰

به این نکته هم باید اشاره کرد که میزان تهاجم پولیپهای آدنوماتوز هم در مطالعه ما بررسی شده بود (تهاجم داخل مخاطی و زیر مخاطی) که در کل ۶ مورد از آدنوماها تهاجم داخل مخاطی داشتند و ۴ مورد از آن ۶ مورد تهاجم زیر مخاطی هم داشتند. که در این مورد پیش تر توضیح داده شد.

لازم به توضیح است که از لحاظ نوع کلونوسکوپی انجام شده در سالهای مختلف، در همه سالهای مورد مطالعه ما کلونوسکوپی توتال بر سایر انواع ارجحیت داشته و بیشتر انجام شده است. البته این که از لحاظ توزیع انواع مختلف پولیپها در سالهای گوناگون اختلاف قابل ذکری در سالهای مختلف از نظر برتری نوع خاص از پولیپ دیده نشد و همان نسبت کلی پولیپها کمابیش در سالهای مختلف رعایت شده بود.

از مجموع ۳۵۲ بیماری که داشتیم: ۲۵۴ نفر (۷۲/۲ درصد) از کسانی که جهت کلونوسکوپی مراجعه کرده بودند با شکایت بالینی، ۳۱ بیمار (۸/۸ درصد) جهت Follow up، ۳ بیمار (۵/۹ درصد) برای Check-up آمده بودند و علت کلونوسکوپی ۶۴ نفر (۱۸/۲ درصد) هم مشخص نشده بود.

در گروه افرادی که با شکایت بالینی مراجعه کرده بودند:

۴۳ مورد با درد شکمی (۱۲/۲ درصد)، ۱۲۴ نفر با خونریزی (بصورت هماتوشیزا، رکتورژی، ملنا و  $OB^+$ ) (۳۵/۲ درصد)، ۴۸ نفر با علایم مرتبط با IBD (از قبیل اسهال، یبوست همراه با درد شکمی و خونریزی همراه با درد شکمی و ...) (۱۳/۶ درصد)، ۱۵ مورد با علایم عمومی (از جمله کاهش وزن، بی اشتها، آئمی و ...) (۴/۳ درصد)، ۱۳ نفر با درد شکم و خونریزی همزمان (۳/۷ درصد)، ۹ مورد با شک به کانسر (۲/۶ درصد)، یک مورد با درد شکم و علایم عمومی همزمان (۰/۳ درصد) و یک مورد هم با خونریزی و کاهش وزن (۰/۳ درصد) مراجعه کرده بودند.

بیمارانی که جهت Follow-up کلونوسکوپی شده بودند:

۵ موردشان سابقه کانسر داشته (۱/۴ درصد)، ۷ بیمار سابقه IBD (بصورت کیس شناخته شده مثل CD (بیماری کرون) یا کولیت اولسرو) داشته (۲ درصد).

۸ بیمار سابقه پولیپوز آدنوماتوز فامیلیال داشته (FAP) (۲/۳ درصد) و ۱۱ موردشان هم سابقه پولیپ قبلی (مثلاً کیس شناخته شده ی یک سندرم پولیپوزی) داشته و یا قبلاً پولیپکتومی شده بودند (۳/۱ درصد).

بیمارانی که جهت Check-up مراجعه کرده بودند ۳ مورد بودند که هر ۳ سابقه کانسر در خانواده داشتند (۰/۹ درصد).



جدول ۱۲- فراوانی پولیپهای کولون بر حسب شکایت و سوابق بالینی بیماران

علت مراجعه		تعداد	درصد
شکایت	درد شکمی	۴۳	۱۲.۲
	خونریزی	۱۲۴	۳۵.۲
	علائم مرتبط با IBD	۴۸	۱۳.۶
	علائم عمومی	۱۵	۴.۳
	درد شکم و خونریزی همراه	۱۳	۳.۷
	شک به cancer	۹	۲.۶
	درد شکم و علائم عمومی همراه	۱	۰.۳
	خونریزی و کاهش وزن	۱	۰.۳
Follow up	سابقه cancer در خود فرد	۵	۱.۴
	سابقه IBD	۷	۲
	FAP	۸	۲.۳
	پولیپ قبلی یا پولیپکتومی	۱۱	۳.۱
Check up	سابقه cancer در خانواده	۳	۰.۹
	Check up عمومی	۰	۰
مجموع		۳۵۲	۱۰۰

لازم به ذکر است که هیچ موردی هم از شخصی که هیچ سابقه قبلی کانسر در خود یا خانواده نداشته و یا شکایت بالینی هم نداشته و فقط جهت Check-up عمومی مراجعه کرده باشد دیده نشد.

با توجه به تعریفی که برای پولیپ های آدنوماتوز پیشرفته یا Advanced بیان شده (سایز  $< 1\text{cm}$  و یا نوع ویلوس یا توبولوو ویلوس و یا گرید هیستولوژیک بالا) مجموعاً ۱۵۴ پولیپ ما جز پولیپ های Advanced بودند (۶۱/۴ درصد) (و البته ۴ مورد از ۱۱ مورد پولیپ های serrated هم از نوع پیشرفته بودند (۳۶/۴ درصد)).

#### جدول ۱۸- فراوانی سائزهای پولیپهای آدنوماتوز بر حسب گرید هیستولوژی

اندازه	Low risk	High risk	مجموع
$\geq 5\text{mm}$	۷۰ (۸۴.۵٪)	۱۳ (۱۵.۵٪)	۸۳
۶ - ۱۰	۱۵ (۸۸.۲٪)	۲ (۱۱.۸٪)	۱۷
۱۱ - ۲۰	۰	۹۷ (۱۰۰٪)	۹۷
۲۱ - ۵۰	۰	۲۵ (۱۰۰٪)	۲۵
$< 50$	۰	۶ (۱۰۰٪)	۶
نامشخص	۱۱ (۵۰٪)	۱۱ (۵۰٪)	۲۲
مجموع	۹۶ (۳۸.۶٪)	۱۵۴ (۶۱.۴٪)	۲۵۰

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، ۱۳ عدد از پولیپ‌های کوچکتر از ۵ میلی‌متر (۸ درصد از Advance ها) و ۲ عدد از پولیپ‌های ۶-۱۰ میلی‌متر (۱۰۲ درصد از Advance ها) جز پولیپ‌های پیشرفته محسوب می‌شوند که به خاطر ۲ عامل دیگر دخیل در بدخیمی پولیپ‌های آدنوماتوز می‌باشد (مجموعاً ۹۲ درصد از Advance ها). این نشان دهنده این است که علاوه بر ساینز، درجه دیسپلازی بالا و نوع ویلوس یا توبولوویلوس بودن پولیپ هم در افزایش ریسک بدخیمی پولیپ‌ها موثرند.

لازم به توضیح است که با توجه به اینکه از معیارهای ورود به مطالعه ما داشتن ساختار پولیپی است، مواردیکه کلمه توده در گزارش ذکر شده بود حذف شده، ولی در کل موارد ۶ مورد بودند که ساختار پولیپی داشته که ۲ مورد از آنها فقط تهاجم داخل مخاطی (Intramucosal) داشتند ولی ۲ مورد دیگر تهاجم زیر مخاطی (Invasive) هم داشته و لفظ Adenocarcinoma Arising From Adenomatous Polyp برایشان ذکر شده بود که جز موارد بدخیم ما بودند (بخاطر تهاجم به زیر مخاط).

البته شایان ذکر است که بدلیل اینکه اکثر موارد مطالعه‌ی ما بیوپسی بودند و تعداد بسیار کمی پولیکتومی انجام شده بود (۴۶ مورد)، نمیتوان بدخیم یا خوش خیم بودن تمام پولیپ‌ها را (براساس میزان تهاجم) در مطالعه ما مشخص کرد.

رابطه‌ی بین پولیپ‌های آدنوماتوز از لحاظ گرید هیستولوژیک و ساینز پولیپ‌ها هم در جدول زیر آمده است.

جدول ۱۹- فراوانی سایزهای پولیپهای آدنوماتوز بر حسب درجه دیسپلازی

اندازه	Low grade dysplasia	High grade dysplasia	مجموع
$\geq 5\text{mm}$	۸۰	۳	۸۳
۶-۱۰	۱۶	۱	۱۷
۱۱-۲۰	۸۱	۱۶	۹۷
۲۱-۵۰	۱۷	۸	۲۵
$< 50$	۵	۱	۶
نامشخص	17	۴	21
مجموع	۲۱۶	۳۳	250

نسبت پولیپهای آدنوماتوز از نظر هیستولوژی بر خطر (نوع ویلوس یا توبولوویلوس و گرید هیستولوژیک بالا) با سایز پولیپها را هم در جداول زیر مشاهده می کنید:

جدول ۲۰- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز ویلوس و توبولوویلوس بر حسب سائز

اندازه	تعداد ویلوس	درصد	تعداد توبولوویلوس	درصد
$\geq 5\text{mm}$	۶	۱۸.۷۵	۵	۱۳.۳
۶-۱۰	۰	۰	۲	۵.۴
۱۱-۲۰	۱۱	۳۴.۳۷	۱۴	۳۶.۸
۲۱-۵۰	۸	۲۵	۸	۲۱
$< 50$	۳	۹.۳۷	۳	۷.۸
نامشخص	۴	۱۲.۵	۶	۱۵.۷
مجموع	۳۲	۱۰۰	۳۸	۱۰۰

جدول ۲۱- فراوانی پولیپهای آدنوماتوز با دیسپلازی بالا بر حسب ساینز

اندازه	تعداد High grade dysplasia	درصد
$\geq 5\text{mm}$	۳	۹
۶-۱۰	۱	۳
۱۱-۲۰	۱۶	۴۸.۴۸
۲۱-۵۰	۸	۲۴.۲۴
$< 50$	۱	۳
نامشخص	۴	۱۲.۱۲
مجموع	۳۳	۱۰۰

همانطور که در جداول آمده، حتی در پولیپهای کوچکتر از ۱۰ میلیمتر هم دیسپلازی گرید بالا دیده میشود.

که نشان میدهد که کوچک بودن به معنی کم اهمیت بودن پولیپ نیست.

## فصل پنجم:

## بحث و نتیجه گیری

## بحث

۳۵۲ بیماری که وارد مطالعه ما شدند میانگین سنی شان  $50/05 \pm 18/28$  بوده (با محدوده سنی بین ۱۱ تا ۹۰ سال). در مطالعه ای که در بیمارستان رسول اکرم تهران انجام شده بود، میانگین سنی ۶۱/۶ بوده، و در تحقیقی که در هامبورگ آلمان در سال ۲۰۱۲ انجام شده بود، میانگین سنی ۶۳ سال (۴۱) و در یک مطالعه که در سال ۲۰۱۱ در اوهایوی آمریکا انجام شده بود، میانگین سنی ۵۹ سال بود (۴۲).

در مطالعه ما ۱۹۹ مورد مرد (۵۶/۵ درصد) و ۱۵۳ نفر (۴۳/۵ درصد) زن بودند. (نسبت مرد به زن ۱/۳ بود) و در تحقیق مربوط به دانشگاه تبریز درصد مردان ۵۵/۵ و درصد زنان ۴۴/۵ بود و در مطالعه ای که یک سال پیش (سال ۲۰۱۲) در آریزونا ای آمریکا انجام شده بود، درصد مردان ۵۵/۲ بوده است. (۴۳)

در مطالعه ما از مجموع ۳۸۹ پولیپ، ۱۲۸ پولیپ در رکتوم (۳۲/۹ درصد) و ۱۵۳ پولیپ (۳۹/۳ درصد) در سیگموئید بودند (مجموعاً ۷۲/۲ درصد کل پولیپ ها) ولی در مطالعه ای که در بیمارستان میلاد تهران انجام شده بود ۸۶/۷ درصد پولیپ ها در رکتوسیگموئید قرار داشتند در حالی که در مطالعه ای که در دانشگاه شهید بهشتی انجام شده بود مجموعاً ۲۲/۷ درصد پولیپ ها در رکتوسیگموئید قرار داشت و در کولون صعودی و سکوم مجموعاً ۲۹/۶ درصد پولیپ ها قرار داشتند. در مطالعه ای ما فقط ۴/۶ درصد پولیپ ها در کولون صعودی و ۰/۸ درصد پولیپ ها در سکوم واقع شده بودند.

در تحقیق ما تعداد کسانی که پولیپ منفرد داشتند ۲۹۷ نفر (۸۴/۴ درصد کل بیماران) بودند و در مطالعه ای دانشگاه تبریز هم ۸۲/۸ بیماران پولیپ منفرد داشتند.

در مطالعه ای ما در مجموع پولیپ هایی که وارد مطالعه شدند: ۵۰ پولیپ (۱۲/۸ درصد کل) از نوع هایپرپلاستیک و ۲۵۰ پولیپ (۶۴/۵ درصد کل) از نوع آدنوماتوز بوده و همچنین ۱۱ پولیپ هم (۲/۸ درصد) از نوع Serrated بودند و تعداد پولیپ های جوانان هم ۳۴ عدد (۸/۷ درصد کل) بود. در مطالعه ای کشور



نروژ (شهر اسلو) ۷۳/۹ درصد پولیپ‌ها از نوع آدنوماتوز و ۱۶/۶ درصد پولیپ‌ها از نوع هایپرپلاستیک بودند و در مطالعه‌ی دانشگاه تبریز هم ۶۳ درصد پولیپ‌ها از نوع آدنوماتوز بودند که شباهت بسیار زیادی به مطالعه‌ی ما داشت. و در مطالعه نیجریه هم ۳۸/۶ درصد پولیپ‌ها از نوع آدنوماتوز بودند و ۲۰/۵ درصد از نوع جوانان بودند.

در مورد مشخصات پولیپ‌های آدنوماتوز هم به موارد زیر اشاره می‌شود:

در مطالعه‌ی ما میانگین سنی بیماران با پولیپ آدنوماتوز ۵۴/۶۸ بوده و در مطالعه‌ی دانشگاه تبریز ۴۶/۳ بوده و در تحقیقی که بیمارستان رسول اکرم انجام شده بود، میانگین سنی پولیپ‌های آدنوماتوز ۶۱/۶ بود.

در مطالعه‌ی ما حدود ۵۱ درصد پولیپ‌های آدنوماتوز سن بالای ۵۰ سال داشتند در حالی که در مطالعه‌ی که در کشور پرو در سال ۲۰۰۹ انجام شده بود، ۷۸ درصد پولیپ‌های آدنوماتوز بالای ۵۰ سال سن داشتند. (۴۴)

در مطالعه‌ی ما ۵۶ درصد بیماران دارای پولیپ‌های آدنوماتوز مرد و ۴۴ درصد شان زن بودند (نسبت مرد به زن ۱/۲۷). در مطالعه‌ی بیمارستان میلاد نسبت مرد به زن ۱/۶۱ بوده و در تحقیق دانشگاه تبریز هم ۵۵/۵ درصد بیماران مرد و ۴۴/۵ درصد هم زن بودند که شباهت زیادی به تحقیق ما داشت.

در مطالعه‌ی ما تقسیم‌بندی پولیپ‌های آدنوماتوز بر حسب سایز بدین صورت بود که بیشترین فراوانی مربوط به سایز کمتر از ۵mm (۳۳ درصد) و سایز ۱۱-۲۰mm (۳۷/۶ درصد) بوده

در مطالعه‌ی بیمارستان رسول اکرم بیشترین فراوانی مربوط به سایز کمتر از ۵mm (۴۵/۸ درصد) و سایز ۵mm تا ۱۰ (۴۰/۴ درصد) بوده و تنها ۹/۲ درصد پولیپ‌های آدنوماتوز سایز ۱۱-۲۰mm داشتند و این با تحقیق ما متفاوت است.

در تحقیق ما فراوانی پولیپ‌های آدنوماتوز برحسب محل آناتومیک به این ترتیب بود که بیشترین فراوانی‌ها مربوط به سیگموئید (۴۶درصد) و سپس رکتوم (۲۵/۶ درصد) و کولون نزولی (۱۷/۶ درصد) بود و مجموعاً ۹۱درصد پولیپ‌های ما در سمت چپ قرار داشتند در حالی که در مطالعه‌ی بیمارستان رسول اکرم ۷۰/۴درصد پولیپ‌ها در سمت چپ بودند.

در مطالعه‌ی ما ۷۳/۲درصد پولیپ‌های آدنوماتوز از نوع توبولار بوده و ۱۲/۲درصد از نوع ویلوس و ۱۴/۶درصد هم از نوع مخلوط (serrated) بودند.

در مطالعه دانشگاه استنفورد آمریکا از مجموع پولیپ‌های آدنوماتوز ۸۹/۴درصد از نوع توبولار، ۹/۳درصد از نوع توبولوویلوس و تنها یک درصد از نوع ویلوس آدنوما بوده که تفاوت‌های زیادی با تحقیق ما داشت و این در حالی است که در تحقیق دانشگاه تبریز درصد ویلوس‌ها ۳۷درصد بوده و در مطالعه‌ی نیجریه هم ۵۸/۸درصد توبولار، ۲۹/۴درصد ویلوسی و ۱۱/۸درصد هم از نوع توبولوویلوس بوده که همانطور که دیده می‌شود اکثراً با هم متفاوتند.

در مطالعه ما ۱۲/۷درصد پولیپ‌های آدنوماتوز گرید دیسپلازی بالا (HG) و ۸۷/۳درصد هم گرید دیسپلازی پائین داشتند و در مطالعه‌ای که در مکزیک انجام شده بود، ۱۶/۲درصد گرید دیسپلازی بالا و ۸۳/۸درصد هم گرید دیسپلازی پائین داشتند.

در مطالعه‌ی ما همانطور که ذکر شد، از مجموع پولیپ‌های آدنوماتوز ۶۱/۴درصد از نوع پیشرفته یا Advanced بودند و این در حالیست که در مطالعه دانشگاه شهید بهشتی (بیمارستان طالقانی) ۴۸/۷درصد آدنوم‌ها از نوع پیشرفته بودند یا در مطالعه‌ای که در استرالیا بر روی جمعیت چینی و قفقازی این کشور انجام شده بود، فراوانی آدنوم‌های پیشرفته در هر دو گروه از ۱۱/۳درصد تجاوز نمی‌کرده (در جمعیت چینی‌ها ۴/۶درصد و در جمعیت قفقازی ۱۱/۳درصد) و در مطالعه کشور پرو هم ۲۶درصد آدنوم‌ها پیشرفته

بودند. مطالعه ای در کویت (در سال ۲۰۰۹) نشان داد که ۱۰ درصد از پولیپ ها دارای دیسپلازی شدید و

۱۴.۵ درصد آنها از نوع پیشرفته بودند. (۴۵)

از لحاظ اینکه بیمار با چه شکایتی مراجعه کرده باشد هم در مطالعه ما همانطور که قابل پیش بینی هم بود

اکثراً بیماران با شکایت خونریزی (به صورت های مختلف) مراجعه کرده بودند (۳۵/۲ درصد) که این نکته در

اکثر مطالعات انجام شده در سایر نقاط هم صدق می کرد فقط با درصدهای مختلف مثلاً در مطالعه تبریز

۳۹/۲ درصد بیماران با خونریزی از رکتوم مراجعه کرده بودند.

## نتیجه‌گیری

از مقایسه‌ای که میان این تحقیق و مطالعاتی که در سایر نقاط انجام شده بود نتایج زیر از اهمیت بیشتری برخوردار است:

میانگین سنی بیماران در این مطالعه با سایر مطالعات چه آنهایی که در ایران انجام شده بوده و چه تحقیقات خارج از کشور و چه مقادیری که در رفرانس‌ها ذکر شده بود تا حد زیادی همخوانی داشت.

در این مطالعه فراوانی پولیپ‌ها در مردان بیشتر از زنان بوده که با اکثر مطالعات یکسان بوده و همچنین میانگین سنی مردان هم بالاتر از زنان بود.

در تحقیق ما نسبت پولیپ‌ها در سمت چپ (دیستال به خم طحالی) بسیار بیشتر بوده که با مطالعات انجام شده در ایران همخوانی داشته ولی با مطالعات کشور آمریکا تفاوت داشته و در آمریکا برتری با سمت راست است که این هم می‌تواند به خاطر تفاوت روش زندگی (Life style) در کشورهای مختلف باشد و همچنین عواملی مثل نژاد یا عوامل ژنتیکی و یا سایر ریسک فاکتورها از جمله رژیم غذایی، سابقه خانوادگی IBD هم در کشورها با هم یکسان نبوده و این هم در این قضیه تأثیرگذار است.

از لحاظ هیستولوژی پولیپ‌ها در مطالعه‌ی ما و تقریباً تمامی مطالعاتی که در ایران انجام شده بود، برتری با پولیپ‌های آدنوماتوز (نئوپلاستیک) بوده که با مطالعاتی که در آمریکا و یا حتی اروپا و آفریقا انجام شده بود بسیار متفاوت بود. به طوری که در مطالعات آنها درصد پولیپ‌های آدنوماتوز کمتر بوده و اکثریت با انواع دیگر از جمله هایپرپلاستیک بوده که در این مسأله هم ریسک فاکتورهای پولیپ‌های آدنوماتوز از جمله بیماری التهابی روده (IBD) و سابقه فامیلی مهم‌ترین نقش را دارند.

و اما در خصوص پولیپ‌های آدنوماتوز که از اهمیت بالاتری برخوردارند:

از نقطه نظر میانگین سنی نتایج بدست آمده مطالعه‌ی ما با اکثریت رفرنس‌ها و تحقیقات دیگر همخوانی داشته و بالا بودن میانگین سنی پولیپ‌های آدنوماتوز (افزایش شیوع پولیپ‌های آدنوماتوز با افزایش سن) در اکثر مطالعه‌ها دیده می‌شود.

از لحاظ سائز هم درصد پولیپ‌های diminutive (کمتر از ۵mm) در مطالعه‌ی ما بیشتر بوده که با اکثر مطالعات همخوانی داشت.

در مورد محل آناتومیک پولیپ‌های آدنوماتوز هم نکته قابل ذکر این است که درصد پولیپ‌های سمت راست در مطالعات کشورهای غربی بالاتر از درصد این مورد در تحقیق ماست (در مطالعه ما اولویت با پولیپ‌های سمت چپ می‌باشد) که این هم می‌تواند به خاطر بالاتر بودن میزان کلونوسکوپی توتال (که تا ناحیه‌ی سکوم را بررسی می‌کند) در کشورهای غربی و یا کم بودن میزان آن در ایران باشد.

یکی از نکات مهم در توزیع مکانی این است که در مطالعه ما ۳۳ درصد پولیپ‌ها در ناحیه‌ی رکتوم قرار داشتند که این بسیار بالاتر از درصد پولیپ‌ها در رکتوم در بقیه مطالعات (به خصوص مطالعات کشورهای غربی) است و این مسأله به این دلیل اهمیت پیدا می‌کند که مدیریت و درمان بیمار مبتلا به کانسر رکتوم نسبت به بیماران مبتلا به کانسر کولون متفاوت و البته دشوارتر می‌باشد.

مهم‌ترین نکته قابل ذکر در مورد پولیپ‌های آدنوماتوز بالاتر بودن قابل توجه میزان پولیپ‌های Advanced در مطالعه‌ی ما نسبت به مطالعات کشورهای غربی است. یک دلیل مهم در این مسأله این است که در کشور ما بیماران بسیار کمی جهت غربالگری (فقط Check up عمومی) به پزشک مراجعه کرده و تا دچار علامت یا مشکلی نشوند مراجعه نمی‌کنند که این تأخیر در مراجعه باعث بالاتر رفتن میزان دیسپلازی و بدخیم شدن پولیپ‌ها در کشور ما می‌شود.

عامل مهم دیگر هم کمتر بودن میزان انجام کلونوسکوپی توتال در کشور ماست که این خود باعث عدم تشخیص بسیاری از پولیپ‌های که در سمت راست قرار دارند می‌شود که در اکثر مطالعات انجام شده پولیپ‌های پروگزیمال تر ریسک تبدیل شدن به بدخیمی بیشتری دارند.

## پیشنهادهات

همانطور که قبلاً هم ذکر شده بود، پولیپ های کولون بخصوص انواع آدنوماتوز آنها زمینه ساز سرطان کولون هستند و شناخت و بررسی کلینیکوپاتولوژیک دقیق تر آنها می تواند گامی مؤثر در شناسایی و پیشگیری از سرطان کولورکتال که یکی سرطان های شایع و کشنده در ایران است باشد.

از طرفی به دلیل بالا بودن قابل توجه فراوانی پولیپ های آدنوماتوز Advanced در این مطالعه در مقایسه با مطالعات کشورهای خارجی که این مسئله به دلیل نقص در سیستم ارجاع و غربالگری ما بوده (که بیمار فقط یا در صورت داشتن شکایت یا سابقه کانسر یا سندرم های پولیپوز در خود و خانواده اش به پزشک مراجعه می کرده) که این نکته باعث بالا رفتن آمار مطالعه ما شده و خود ریسک بدخیم شدن پولیپ ها را افزایش می دهد توصیه به بکارگیری روش های بهتری برای غربالگری این بیماران می شود.

همچنین همان طور که گفته شد یک سری از ریسک فاکتورها در مطالعه ی ما به دلایلی که ذکر شده بود امکان بررسی شان وجود نداشت توصیه می شود امکانات بررسی کامل تر ریسک فاکتورها فراهم شود که این خود به شناخت دقیق تر پولیپ ها کمک بسیاری می کند.

ایضاً انجام کلونوسکوپی بیماران بصورت توتال هم می تواند به شناسایی بهتر پولیپ های پروگزیمال تر که ریسک بالاتری برای بدخیم شدن دارند کمک کرده و میزان عدم تشخیص این پولیپ ها را کاهش دهد.

## منابع

1. Rober D. Odze John R. Goldblum. Surgical pathology of the GI tract, Liver, Biliary Tract & Pancrease 2n Ed 2009, Saunders Elsiver P: 482-490-511-517.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Smigal C, ThunMJ. Cancer statistics, 2006. CA Cancer J Clin 2006; 56: 106-130
3. Sonnenberg A, Delcò F, Inadomi JM. Cost-effectiveness of colonoscopy in screening for colorectal cancer. Ann Intern Med 2000; 133: 573-584
4. Azadeh S.Moghimi- Dehkordi B, Fatemi SR, Pourhoseingholi MA, Ghiasi S, Zali MR. Colorectal cancer in Iran: an epidemiological study. Asian Pac J Cancer Prev 2008; 9: 123-126
5. O'Connel JB, Maggard MA, Ko CY: Colon cancer survival rates with thenew American JointCommittee on Cancer. sixth edition staging. J NatlCancer Inst 2004, 96:1420-25.
6. Winawer S,Fletcher R,Miller L,etal.Colorectal Cancer Screeining:clinical guidenes and rationale.Gastroenterology.1997;112:594-642
7. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Ehemann C, Zauber AG, et al. Annual report to the nation on thestatus of cancer, 1975–2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (riskfactors, screening, and treatment) to reduce future rates. Cancer. 2010; 116:544–573.
8. Santero, Michad; Dennis Lee (2005-03-25). Colon Polyp Symptoms, Diagnosis & Treatment. Medicine Net. Com. Retrieved. 2007-10-25.
9. Robert A Pagon. Margaret P Adam, et al. Gene Review. Seattle University of Washington, Seattle. May 2013.
10. Larsen. Haide. J, Howe JR. (September 29, 2011). Juvenile Polyposis syndrome seattle university of Washington, Feb 2012.
11. Howe JR, Roth S. Ringold JC et al (May 1998). Mutations in the SMD4/DPC4 gene in juvenile syndrome. Science 280 (5366): 1086-8.
12. James, William; Berger, Tirmothy; Elst, Dirk (2005). Andrews Diseases of the skin: Clinical Dermatology (10<sup>th</sup> ed). Saunders ISBN 0-7216-29-21-0.



13. Jerry E Bouqout; Neville, Brad W; Damm. Douglas D: Allen, Cart P. (2008). Oral and Maxillofacial Pathology. Philadelphia Saunders. P: 16.11. ISBN: 1-4160-3435-8.
14. Stoler, Mark A; Mills et All. Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology. Hagerstown, MD: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0-7817-1942-1. 15
15. Amos CI, Frazier ML, et al. Puetz jeghers syndrome. Seattle university of Washington. 1993-2001 Feb 23.
16. Boardman LA, Thibodeau SN, Schaid Dj, et al. (1998). "Increased risk for cancer in patient, with the puetz-jeghers syndrome". Ann. Intern. Med 128(11): 896-9.
17. Kumar, Vinay (2010) 17-Polyps. Robbins and Cotran Pathologic basis of disease (8th ed-ed) Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier. ISBN 978-1-4160-3121-5.
18. Ahnen DJ, et al. Approach to the patient with colonic polyps. Accessed May 23, 2011.
19. Lehrer. Jenifer K. (2006-07-25). Colorectal Polyps. Retrieved 2007-10-25.
20. Regueiro CR. AGA future trends committee report: colorectal cancer: a qualitative review of emerging screening and diagnostic technologies. Gastroenterology 2005;129:1083-1103
21. Itkowitz SH. Et al. Colonic Polyyps and polyposis syndromes (9<sup>th</sup> ed). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier 2010.
22. Tropy JM et al. Colon Polyps. Journal of the American Medical Association. 2008; 300: 1480.
23. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Ehemann C, Zauber AG, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. Cancer. 2010; 117:532-642
24. Dr. Brain Saunders. How I do it-removing large or sessile colonic polyps. St.mark's academic institute; Harrow. Middlesex, UK. Retrieved April 9; 2008.
25. Odom SR, Duffy SD et al. The rate of adenocarcinoma in endoscopically removed colorectal polyps. Departments of surgery the Stamford hospital/Columbia university college of physicians and surgeons, Stamford, CT, USA. The American surgeon 2005 Dec; 71(12): 1024-6.

26. Vatn MH, Stalsberg H. The prevalence of polyps of the large intestine in oslo: an autopsy study. *Cancer* 1982 Feb 15; 49(4): 819-25.
27. Young-Sang Hong, Eun-Joo Jung et al. Incidence and multiplicities of adenomatous polyps in TNM stage I colorectal. *Cancer in Korea. J Korean Soc Colporoctol.* 2011 August; 28(4): 213-218.
28. Bafandeh Y, Daghestani D, Esmaili H. Demographic and anatomical surgery of colorectal polyps in Iranian population. *Asain pacific journal of cancer prevention.* 2005 Dct-Dec; 6(4): 537-40.
29. Bafandeh Y. Daghe, tani D, et al. distribution of cancer and adenomatous polyps in the colorectum: Study in the Iranian population. *Asian pacific hournal of cancer prevention.* 2006 Jan-Mar; 7(1): 65-8.
30. Fatemi SR, Shivarani S, et al. Colonoscopy screening results in at risk Iranian population. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.* 2010; 11(6): 1801-4.
31. Khodadoostan M, Fatemi R, et al. Clinical and pathological characteristics of colorectal polyps of public health. 2010 Jun; 7(2): 157-9.
32. Fu Z, Shrubsole MJ, Smalley WE, Wu H, Chen Z, Shyr Y, Ness RM, Zheng W. Lifestyle factors and their combined impact on the risk of colorectal polyps. *Am J Epidemiol.* 2012 Nov 1;176(9):766-76
33. Siddiqui A, Chang M, Mahgoub A, Sahdala HN Increase in body size is associated with an increased incidence of advanced adenomatous colon polyps in male veteran patients. *Digestion.* 2011;83(4):288-90.
34. Yessenia M. Tantamango, Synnove F. Knutsen, W. Lawrence Beeson, Gary raser, andJoan SabateFoods and Food Groups Associated With the Incidence ofColorectal Polyps: The Advertist Health Study*Nutr Cancer.* 2011; 63(4): 565–572.
35. Zare-Mirzaie A, Abolhasani M. et al. Left sided coloretal adenomatous polyps have more risk for high grade dysplasia. *Acta medica iranica.* 2013 Apr 6; 51(3): 172-7.
36. Clark JC. Collan Y. et al. Prevalence of polyps in an autopsy series from areas with varying incidence of large-bowel cancer *international journal of cancer* 1985 Aug 15; 36(2): 179-26.

37. Vivek Kumbhari, Jason Behary, Jasen Minco Hui. Prevalence of Adenomatous and sessile serrated adenomatous in chinese compared with Caucasians Journal of Gastro enterology and Hepatology 28: 608-612. Doi: 10-1111/jgh. 12100.
38. Ibrahim OO, anjorin AS et al. Pathological characterization of colorectal polyps in Ilorin, Nigeria. African Journal Medicine Medical Science. (2010). Sep; 39(3): 215-9.

۳۹. دکتر ناصر رهبر. دکتر سعادت مولانایی، دکتر نادیا خطیب زاده. بررسی ارتباط درجات مختلف دیسپلازی پولیپهای

آدنومای کولورکتال با توزیع مکانی آنها در روده بزرگ، بیمارستان میلاد تهران ۸۳-۱۳۸۰. فصلنامه‌ی علوم پزشکی

دانشگاه آزاد اسلامی. سال پانزدهم. شماره ۲ (۴۰)

40. Rocna Ramirez JL, Pena JP. Et al. Colonic adenoma: Risk Factors For their Malignant Transformation. Rev Gastroenterolo Mex 1996 Jul-Sep; 61(3):178-83.
41. Schachschal G, Mayr M, Treszl A. et al. Endoscopic versus histological charecterisation of polyps during screening, Colonoscopy. University Hospital Hamburg-Eppendorf. Gut 2013 Jun 28.
42. Kumaravel V, Heald B, et al. Patients do not recall important details about polyps, required for colorectal cancer prevention, ohio, USA. Clin Gastroenterol Hepatol 2013 May; 11(5): 543-7e1-2
43. Bertelson NL, Merchea A, et al. Colectomy for endoscopically unresectable polyps: How often Is It Cancer?. Department of Surgery, Mayo Clinic, Arizona. Disease of the Colon and Rectum. 2012 Nov; 55(11): 1111-6.
44. Barreda Costa C, Salazar Cabrera F, et al. Advanced Adenoma In 3700 Colonoscopies. Gastroenterology Service of Basamea Hospital, Lima. Peru. Rev Gastroentrol Peru. 2010 Apr-Jun; 30(2): 113-20.
45. Al-Enezi SA, Alsurayei SA, Ismail AE, Aly NY, Ismail WA, Abou-Bakr AA. Adenomatous colorectal polyps in patients referred for colonoscopy in a regional hospital in Kuwait. Saudi J gasterolo 2010 Jul-Sep;16(3):188-93.

## **Cilinoopathologic study of colon polyps in patients of BouAli Sina hospital -Qazvin from 2002 to 2011**

### **Objectives**

Intestinal polyps arise from different origins and include inflammatory, epithelial or hamartomatous types. There is direct relationship between some kinds of the polyps and colorectal cancer (CRC).

The aims of this study were:

- 1- Determination of clinicopathological features in all types of colon polyps in patients referred to BouAli Sina hospital in Qazvin (1381 to 1390)
- 2- Frequency determination of different types of colon polyps including polyposis syndromes and the polyps with high risk to conversion to cancer
- 3- Study in different parameters which determine advance property of the adenomatous polyps

### **Materials and methods**

All pathology reports in BouAli Sina Hospital of Qazvin from 1381 to 1390 were reviewed for finding of colon biopsies with diagnosis of polyp. The extracted cases including pathology and colonoscopy reports and pathology request form were investigated and the results and findings were analyzed by SPSS 16 software.

### **Results**

352 patients comprise 389 polyps were biopsied. 199 of patients (56/5 %) were male and 153 (43/5 %) were females. Sigmoid was most frequent anatomic site and 39.3% of the polyps were located in this region. Epithelial polyps were the most prevalent histological group ( 80/2 %) and adenomatous polyp was most prevalent type (64/5 %). Among adenomatous polyps, there were 125 polyps (50 %) with more than 10 mm in size, 70 polyps (26/8%) with villous or tubulovillus histology and 33 polyps (13/7 %) with high-grade dysplasia. By considering of these characters which determine an adenomatous polyp as an advanced polyp; 61/4 % of adenomatous polyps of this study were advanced type.

### **Conclusions**

Proportion of advanced adenomatous polyps in our study was higher than other similar studies particularly those were done in developed countries. This may be due to delay in referring of patients for doing colonoscopy.

Better screening programs for early detection of polyps can lead to early detection of these high risk polyps and can prevent conversion of them to CRC.

**Keywords:** Polyp – Colon – Colorectal Cancer - Clinicopathology